The Impact of Patient Classification Systems on Women Front-Line Care Workers in Rural Nursing Homes

Belinda Leach
Bonnie Hallman
Gillian Joseph
Nichola Martin
Anita Marcotte

Policy Research
Recherche en matière de politiques

Status of Women Canada | Condition féminine Canada

Canada

The Impact of Patient Classification Systems on Women Front-Line Care Workers in Rural Nursing Homes

by

Belinda Leach, Bonnie Hallman, Gillian Joseph,
Nichola Martin and Anita Marcotte

The research and publication of this study were funded by Status of Women Canada's Policy Research Fund. This document expresses the views of the authors and does not necessarily represent the official policy of Status of Women Canada or the Government of Canada.

August 2006

Status of Women Canada is committed to ensuring that all research produced through the Policy Research Fund adheres to high methodological, ethical and professional standards.
Specialists in the field anonymously review each paper and provide comments on:

- The accuracy, completeness and timeliness of the information presented;
- The extent to which the methodology used and the data collected support the analysis and recommendations;
- The original contribution the report would make to existing work on this subject, and its usefulness to equality-seeking organizations, advocacy communities, government policy makers, researchers and other target audiences.

Status of Women Canada thanks those who contribute to this peer-review process.

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication

The impact of patient classification systems on women front-line care workers in rural nursing homes / Belinda Leach ... [et al.].

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales
Available also on the Internet.
Includes bibliographical references: p.

ISBN 0-662-49368-0
Cat. no.: SW21-144/2006

1. Nursing homes – Manitoba – Employees.
2. Nursing homes – Ontario – Employees.
3. Rural women – Employment – Manitoba.
4. Rural women – Employment – Ontario.
5. Nursing homes – Manitoba – Administration.
6. Nursing homes – Ontario – Administration.
7. Rural health services – Manitoba.
8. Rural health services – Ontario.
9. Nursing care plans.
I. Leach, Belinda, 1954-
II. Canada. Status of Women Canada
III. Title: Les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales.

RA998.C3I56 2006 331.2'04136216097127 C2006-980186-XE

Project Manager: Pamela Roper and Jo Anne de Lepper, Status of Women Canada
Publishing and Translation Co-ordinator: Cathy Hallessey, Status of Women Canada
Editing and Layout: PMF Editorial Services Inc. / PMF Services de rédaction inc.
Translation: Lexi-Tech International

For more information, contact:
Research Directorate
Status of Women Canada
123 Slater Street, 10th floor
Ottawa, Ontario K1P 1H9
Telephone: (613) 995-7835
Facsimile: (613) 957-3359
TDD: (613) 996-1322

This document may also be downloaded from the Status of Women Canada Web site, at: <http://www.swc-cfc.gc.ca/>.

2007-02220/

ABSTRACT

This study explores patient classification systems and their impact on front-line workers in rural long-term care homes in Ontario and Manitoba. Twenty-first century challenges present serious obstacles to the continued viability of rural communities in Canada, where women have been seriously affected by restructuring as workers and carers. Women are the front-line providers of formal and informal long-term care, and they draw disproportionately on the services of long-term care. In rural communities, nursing homes offer job opportunities, but have also been pointed to as sites of abuse, of unstable, low-paid jobs, and as suffering some of the worst impacts of health care underfunding and restructuring. Long-term care policy thus affects women employed in the sector and the lives of the largely female, increasingly aging population in need of care. These factors make long-term care an important rural women's policy issue, linking issues associated with restructuring, gender, work and rural community in specific, but often unnoticed ways. Recent reform in Canadian long-term care has led to the use of accountability structures, such as the patient classification systems. We argue that classification systems comprise the actions of people whose day-to-day work involves feeding vast amounts of information into the system. This information feeds into reports that determine a level of care for each resident, and these then determine the allocation of funding provided to that home, and thus staffing levels. The study revealed the specifically rural consequences and requirements of patient classification systems. We argue that classification systems organize women's work with detrimental consequences for rural long-term care work and the communities they serve. The relationship between long-term care and rural sustainability is bi-directional. If nursing homes disappear, rural communities suffer. Conversely, if communities decline, long-term care homes and services in these areas are in jeopardy. The report recommends policy changes to improve the lives and working environments of women employed in rural long-term care homes, as well as the quality of life of the elderly women and men who reside there.

TABLE OF CONTENTS

TABLES, MAPS AND FIGURES iii

ACRONYMS AND GLOSSARY iv

PREFACE viii

ABOUT THE AUTHORS ix

ACKNOWLEDGMENTS x

EXECUTIVE SUMMARY xi

1. INTRODUCTION 1
   Definitions 4
   Organization of the Report 5

2. PROJECT CONTEXT: RESTRUCTURING, RURALITY AND LONG-TERM CARE WORK 6
   Rural Economic Trends in Canada 6
   Description of Study Areas 7
   Health Care Restructuring and Long-Term Care in Ontario and Manitoba 11
   Ontario: Trends in Privatization and Deregulation 13
   Long-Term Care: Policy, Process and Resident Profile 16
   Long-Term Care Work: Gender and Rural Effects 22
   Patient Classification Systems 27
   On the Horizon: The Move to the MDS/RAI in Ontario and Manitoba 32
   Pulling It All Together 33

3. RESEARCH APPROACH 35
   Introduction and Research Questions 35
   Method of Inquiry: Institutional Ethnography 35
   Defining "Rural" and Choosing the Location 36
   People Who Were Interviewed 36
   Data Collection Process 37
   Limitations of the Study 39
   Analysis 39

4. HOW CLASSIFICATION SYSTEMS ORGANIZE FRONT LINE WORKERS' WORK: CLASSIFICATION SYSTEMS AS ACTUAL WORK 41
   Making the Map 44
   Admitting and Documentation Leading to the Care Plan 45
   The Care Plans 46

The Work of Classification: "You See, Charting Is Classification" 49
Documentation Not Directly Related to Care 52
"Invisible" Texts that Organize Front-Line Workers' Work 53

5. FRONT-LINE CARE WORKERS AND CLASSIFICATION IN THE RURAL CONTEXT 54
The Difference Geography and Resources Make 56
Long-Term Care Staffing Issues in Rural Communities: "I Will Go from Working Here to Living Here" 59
Overall Workload/Staffing Levels and Stress 64
Differences between Public and Private Homes 72
The Funding, Classification System, Everyday Work Linkage 76

6. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS 79
Rural Communities, Nursing Home Work and Funding 79
Front-Line Work 80
Staffing in Rural Long-Term Care Homes 81

APPENDIXES
A: Participants 84
B: Tables 86

BIBLIOGRAPHY 90

ENDNOTES 99

LIST OF TABLES, MAPS AND FIGURES

Tables

1. For-Profit and Not-for-Profit Ownership 86
2. Nursing Work Force by Employment Status and Province/Territory of Registration, Canada, 2003. 87
3. Sample Calculation of Case Mix Measure and Case Mix Index 88
4. Levels of Care in Manitoba Personal Care Homes and Home Care Program 89

Maps

1. 42
2. 43

Figure

1. Total Hours of Care per Resident per Day 86

ACRONYMS AND GLOSSARY

ADL	Activities of daily living (consistent with LTC)
BDL	Behaviours of daily living (consistent with LTC)
CAW	Canadian Auto Workers. This trade union represents a diversity of workers throughout Canada.
CCAC	Community care access centre. CCACs were created in 1995 to streamline access to community health services by providing a single point of access to services, information and referral. They provide information on and the process of application and admission to long-term care homes.
CCL	Continuing care levels (consistent with LTC)
CMI	Case mix index. The case mix index is a tool used in various locations. The World Bank (nd) defines a case mix index as "a numerical measure of the assortment of patient cases treated by a given hospital, so that a higher value indicates a greater average degree of complexity in the cases." The long-term care facility (LTCF) sector in Ontario now uses a case mix index to determine the allocation of funding between LTCFs in Ontario. The CMI was introduced as a surrogate variable to create equitable funding between LTCFs. The CMI is a composite index of variables made up of patient attributes that were gathered in an objective, valid and reliable manner and then measured against the care of providers and the cost of providers.
CMM	Case mix measure. The provincial case mix measure is based on the scores of all residents in the province. The case mix measure of each facility is then compared to the provincial case mix measure to determine the case mix index of the facility.
C of N	College of Nurses. The governing body for the 140,000 registered nurses (RNs) and registered practical nurses (RPNs) in Ontario, Canada. The College regulates nursing to protect the public interest and sets requirements to enter the profession, establishes and enforces standards of nursing practice, and assures the quality of practice of the profession and the continuing competence of nurses.
COMSOC	Ministry of Community and Social Services (Ontario). This was the ministry that dealt with parts of the nursing home industry prior to 1994.

Concerned Friends	Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities advocates on behalf of the elderly (including individual residents and their families) and others in nursing homes or regulated long-term care facilities.
CUPE	The Canadian Union of Public Employees is Canada's largest union. With more than half a million members across Canada, CUPE represents workers in health care, education, municipalities, libraries, universities, social services, public utilities, transportation, emergency services and airlines.
DHC	District health council. In Ontario district health councils have advised the Ministry of Health and Long-Term Care on health needs and in their geographic areas and provided health care information to communities across the province.
HCA	Health care aide (unregulated). This is the name used for the front-line care worker in Ontario. Health care aide certificates are no longer available. The terms HCA and PSW are interchangeable in nursing homes in Ontario.
LHIN	Local health integrated networks. Ontario is proposing to go to a regional model of localized health system management, building on the experiences of other provinces, which have devolved health care management over the last 10-15 years. The government is considering that LHINs would eventually fund health service providers such as long-term care homes and CCACs.
LPN	Licensed practical nurses (Manitoba). Equivalent to RPN in Ontario.
LTC	Long-term care.
LTCF	Long-term care facilities. The term commonly used for nursing homes in Ontario. These were previously known as nursing homes, homes for the aged and charitable homes for the aged in Ontario.
LTCAM	Long-Term Care Association of Manitoba, represents private and voluntary personal care homes caring for residents in Manitoba.
MDS	The Minimum Data Set has expanded beyond that of an assessment tool used to identify problems with individual care plans and is now also being used for funding and for monitoring the quality of care of a resident.
MHLTC	The Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario) now administers and provides strategic direction for all LTC facilities in Ontario.

MNU	The Manitoba Nurses Union represents 11,000 nurses, 97 percent of all unionized nurses in Manitoba. It represents RNs, LPNs and registered psychiatric nurses.
OAHNSS	The Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors is a provincial membership-based organization that has represented not-for-profit providers of services, care and housing for seniors for over 80 years.
OCSCO	The Ontario Society (Coalition) of Senior Citizens' Organizations offers education programs, policy and research, information, referral, counselling, research materials, outreach and support, self-help and volunteer programs. Membership includes over 140 seniors' organizations and individuals representing 500,000 senior citizens from across Ontario.
OLTCA	The Ontario Long-Term Care Association is the largest long-term care providers organization in Ontario. The Association was founded in 1959 as the Associated Nursing Homes Incorporated of Ontario and later became the Ontario Nursing Home Association. In 2000, it changed its name to the Ontario Long-Term Care Association. The OLTCA has mostly but not exclusively for-profit members.
ONA	Founded in 1973, the Ontario Nurses Association is the trade union that represents 51,000 registered nurses and allied health professionals working in hospitals, long-term care facilities, public health, community agencies and industry throughout Ontario.
OPSEU	The Ontario Public Service Employees Union represents public sector workers throughout Ontario.
PCH	Personal care home is the term used for nursing homes in Manitoba.
PSW	Personal support worker (unregulated). Ontario's PSW training program consolidates and replaces the former health care aide, home support worker levels I, II and III, personal attendant and respite worker training programs. The Government of Ontario approved the PSW program on April 28, 1997. The term PSW is often used together with HCA (see below). Some additional titles for similar positions are hospital attendant, long-term care aide, nurse aide, nursing attendant, personal aide, orderly, personal care attendant, patient care aide, visiting homemaker, home support worker. All these job titles may have the same or similar job requirements. In fact, many job postings for these positions have vague job descriptions, particularly when it comes to home support.

RAI	The Resident Assessment Instrument is used in LTC facilities (around the world) to gather information on residents' strengths and needs, which are then addressed in individualized care plans. The RAI consists of the Minimum Data Set (MDS), resident assessment protocols and utilization guidelines.
Regulated staff	These are front-line staff regulated by any legislation of the College of Nurses.
RHA	The term regional health authorities is the name for Manitoba's localized health system management.
RN	Registered nurse (regulated by the College of Nurses). In Ontario all new RNs must have a degree in nursing.
RNAO	The Registered Nurses Association of Ontario represents registered nurses in Ontario. It provides a voice for the nursing profession to influence and promote healthy public policy.
RPN	Registered practical nurse (regulated by the College of Nurses). In Ontario all new RPNs must have a diploma. There is disagreement about the interpretation of the full scope of practice of the RPN versus the RN. RNs would suggest that their education is more comprehensive and that they have a deeper knowledge base in clinical practice and critical thinking (ask an RN). RPNs argue through their organization that RPNs are underutilized in Ontario (Outcomes report).
RPNAO	Registered Practical Nurses Association of Ontario. An association of RPNs that advocates for RPNs in diverse settings resulting in optimum client health services, promotes a closer working relationship with other health and related organizations. It ensures a strong and unified professional voice, enhances the professional competencies of RPNs by ensuring the research, development and delivery of quality educational programs and advocates for optimum client health services through policy, legislation and regulation.
RUG	Resource Utilization Grouping. The Resource Utilization Groups (RUG-III) is the grouping methodology applied to data submitted to the Continuing Care Reporting System (CCRS). RUG-III methodology assigns facility-based continuing care residents to one of 44 resource utilization groups.
Unregulated staff	These are staff unregulated by any legislation or the College of Nurses.

PREFACE

Good public policy depends on good policy research. In recognition of this, Status of Women Canada instituted the Policy Research Fund in 1996. It supports gender-based policy research on public policy issues in need of gender-based analysis. Our objective is to enhance public debate on gender equality issues in order to enable individuals, organizations, policy makers and policy analysts to participate more effectively in the development of equitable policy.

The focus of the research may be on long-term, emerging policy issues or short-term policy issues that require an analysis of their gender implications. Funding is awarded through an open, competitive call for proposals. A non-governmental, external committee plays a key role in identifying policy research priorities, selecting research proposals for funding and evaluating the final reports.

This policy research paper was proposed and developed under a call for proposals in September 2002, entitled Restructuring in Rural Canada: Policy Implications for Rural Women. Research projects funded by Status of Women Canada on this theme examine issues such as the impact of long-term care patient classification systems on women employed as caregivers in rural nursing homes; rural women's experiences of maternity care in British Columbia; farm women and Canadian agricultural policy; the employment of women in Canadian forestry and agri-food industries; and the participation of rural Nova Scotia Women in the new economy.

A complete list of the research projects funded under this call for proposals is included at the end of this report.

We thank all the researchers for their contribution to the public policy debate.

ABOUT THE AUTHORS

Belinda Leach is Associate Professor and University Research Chair in Rural Gender Studies in Sociology and Anthropology at the University of Guelph. She leads the Rural Women Making Change research alliance, funded through the Community University Research Alliance of the Social Sciences and Humanities Research Council. She has conducted research on rural gender issues since 1994.

Bonnie C. Hallman is Associate Professor in the Department of Environment and Geography, University of Manitoba. She has conducted studies of the rural context for service provision to the elderly, including supportive housing, social services and family care. Her research program focusses on the geographies of (rural) women as they endeavour to meet their personal and workplace responsibilities.

Gillian Joseph has an MSc in family relations and human development from the University of Guelph with a specialization in gerontology. An active researcher on issues of aging, caregiving, work and technologies, she is a research associate with the Centre for Families, Work and Well-Being.

Nichola Martin has an MSc in rural extension from the University of Guelph. Her research was on participatory governance at the local level in the context of municipal restructuring in Ontario. She has an extensive background in labour relations including pay equity issues. She has worked for several unions including the United Food and Commercial Workers and the the Canadian Textile and Chemicals Union. Most recently she worked as a mediator with the Ontario Pay Equity Commission.

Anita Marcotte is a master's student in medical anthropology at the University of Manitoba with interests in the care and treatment of older adults living with Alzheimer's disease, the institutionalization of older adults, health and safety issues, and the role of front-line workers in the delivery of health care services. Anita is a certified health care assistant and home care attendant with over 17 years experience as a front-line worker.

ACKNOWLEDGMENTS

We wish to thank the following people for their assistance, advice and significant support in undertaking this research project. Linda Hawkins, Executive Director and Cecilia Sheryer, Administrative Assistant, Centre for Families, Work and Well-Being provided the research team with valuable assistance at all stages in the project. We thank the Department of Sociology/Anthropology at the University of Guelph and the Faculty of Environment, Earth, and Resources and the Office of Research Services at the University of Manitoba for their support. Nichola Martin and Anita Marcotte, research assistants on this project, brought not only their academic credentials to the project but also crucial expertise in labour and long-term care. Special thanks are extended to Dr. Susan Turner of the University of Guelph, for her insightful assistance and guidance with the "mapping" process. Corey Vermay at the Canadian Auto Workers (CAW), Shalom Schacter of the Ontario Nurses Association and Ethiraju Rachandar at the Ontario Federation of Labour who went out of their way to be helpful and we extend to them our thanks for their insights. We thank Dr. Tim Diamond, University of Toronto, Dr. John Hirdes of the University of Waterloo, Dr. Pat Armstrong of York University, representatives from the Canadian Union of Public Employees and CAW, and all our key informants in Ontario and Manitoba who gave so generously of their time, insights and advice. A special thank you is also due to Jo Anne de Lepper of Status of Women Canada for her patience and support. Finally, our very grateful appreciation goes to all the front-line workers in Manitoba and Ontario who went out of their way to fit in interviews despite their often crazy work schedules. They told their stories in the hope that it might make a difference not only for rural workers in long-term care, but for the elderly men and women in nursing homes about whom they truly care.

EXECUTIVE SUMMARY

Rural communities in Canada face major challenges that present serious obstacles to their continued viability. Nursing homes offer jobs, often for women, in many rural communities but are no simple solution. They have been identified as sites of abuse, of low-paid jobs, and as suffering some of the worst impacts of health care underfunding and restructuring. Women are front-line providers of long-term care and they draw on it disproportionately. Long-term care policy affects women employed in the sector and the largely female, aging population in need of care. Women's experiences of giving and receiving rural long-term care are emblematic of the impact of restructuring on rural women. Together, these factors make long-term care a rural women's policy issue, linking restructuring, gender, work and rural community in specific, but often unnoticed ways. These linkages are explored in this report. Recent reform of long-term care relies on accountability structures, such as patient classification systems. These slot people into a limited number of levels of care, by applying information about health status to a standardized measurement tool. The objective of this study was to explore the impact of such systems on front-line workers in rural long-term care homes in Ontario and Manitoba. These provinces represent different conditions of rurality and health care restructuring.

Based on our findings, we argue that classification systems organize women's work with negative consequences for rural long-term care workers and the communities they serve. Classification systems are co-ordinated sets of activities, carried out by real human beings, organized by visible and invisible texts. They comprise the actions of people whose day-to-day work involves feeding vast amounts of information into the system, filling forms and creating text on the health status of residents.

Entirely text-centred, patient classification systems ignore the context of the rural resident. At current staffing levels and resources, documentation interferes with adequate care provision. A decline in a resident's status does not necessarily result in more funding to meet greater needs. This puts pressure on the workers and those for whom they care. For workers and nursing administrators, as well as many policy analysts, the duplication and volume of documentation is seen to be inefficient and to waste scarce human resources in rural homes. There is a related increase in documentation associated with operator concerns over liability issues, some specific to rural communities. Rural areas have difficulty attracting staff into nursing home work and women leave this work in large numbers. Rural infrastructures are ill-equipped for on-line documentation initiatives. As well, an aging work force may need supported learning environments to make the technological transition. The relationship between long-term care and rural sustainability is bi-directional. If nursing homes disappear because they cannot afford to operate, rural communities suffer. Conversely, if communities decline, long-term care homes and services in these areas are in jeopardy. The findings indicate the need for policy changes to improve the lives and working environments of women employed in rural long-term care homes, as well as the quality of life of the elderly women and men who live there.

Recommendations

Front-Line Worker Training
Rural staff need training opportunities accessible from their own communities that address both care *and* the use of technologies.

1. Training incentives should be available to individuals and to long-term care homes.

2. Incentives are needed for institutions that provide opportunities for retraining workers particularly where access to health expertise is more scarce.

3. A range of options is needed so workers can access training locally, even where infrastructure for training is absent.

4. Larger training centres could be located in rural rather than urban areas.

Regulation of Health Care Aides/Personal Care Workers as a Profession
Health care aides, personal support workers and other unregulated front-line worker designations should be recognized as a profession.

5. A professional association of health care aides is needed to ensure that standards of care are mutually respected and people can be adequately trained using consistent curriculums.

Terms and Conditions of Work
Rural front-line workers need clear provisions in their union or employment contracts that stipulate conditions for shifting from part-time to full-time work, that forbids split shifts, provides call-in pay for work outside standard hours, and requires shift schedules to be posted at least one week ahead and for shifts to be scheduled for a minimum of one week intervals.

6. Employers should be given incentives for improving the working conditions and pay of their front-line workers.

Staffing in Rural Long-Term Care Homes
Staffing levels need to be improved in rural homes where doctors and other specialists may be inaccessible.

7. Rural nursing homes need more stringent minimal staff requirements for every shift, including 24-hour registered nurse coverage, and to be provided with financial incentives for doing so.

8. Nursing home operators need financial incentives for creating more full-time jobs, and disincentives for creating part-time ones.

9. Best practices need to address nursing, care and administrative practices within the rural community context.

Funding and the Classification System in Rural Long-Term Care Homes
Classification systems and associated funding formulas need to be sensitive to the particular needs of rural long-term care homes, workers and residents.

10. The classification system needs to reflect the behavioural aspects of care work (i.e., dementia and the qualitative aspects of care, and the aging work force).

11. There needs to be increased scrutiny of nursing envelopes for rural long-term care homes.

12. To meet the financial requirements for implementation of these recommendations, funding formulas may need to change to accommodate rurality.

13. Classification system formulas need evaluation for their capacity to take account of the impact of rurality on staffing and the demands of care.

Rural Policy Issues
Complementary changes need to take place.

14. Improved investment is required in rural infrastructure, to support long-term care. Communications, especially electronic forms, need to be improved.

15. Rural communities should pursue the idea of locating training centres nearby.

16. Qualified immigrant workers could be provided with incentives if they agree to remain in a rural area for a number of years following admission to Canada.

17. Regional health units should incorporate community participation from their rural areas in their processes for determining funding.

18. Rural long-term care homes should link with better resourced homes for support through sharing resources and expertise in partnership.

1. INTRODUCTION

> *What is happening is our young people are leaving. In this last month we got word that the Bank of Montreal is closing up. The Bank of Montreal is moving to ___. Why does that happen? We have the Royal Bank and the credit union still. The town has declining population so we can't keep three banks any more. Stedman's has just closed its doors. One of the garages just closed its doors. The restaurants are hurting. One of the bars just closed last week. Restaurants are suffering.*

So if the young people are leaving then where do you recruit new people to come in to work?

> *We beg and plead. Our CEO [chief executive officer] is going to colleges and universities trying to recruit. They are on the go, steady. We have incentives: free lodging, administrative support, no kidding. Our director of nursing has all expenses paid, travelling, food, all that* (RPN, Ontario).

Rural communities in Canada face multiple major challenges at the dawn of the 21st century. These include the crisis in agriculture that takes different forms in different regions, securing stable employers and employees as the out-migration of the young and educated leaves aging communities, the in-migration of older people for retirement and, to a lesser extent, of families into metro-adjacent rural areas, municipal downloading of responsibilities to community organizations, such as schools, hospitals and public service offices that, at the same time, are being closed and services consolidated in larger regional centres, and an increasingly onerous regulatory framework that affects businesses, municipalities and public services. These issues all present serious obstacles to the continued viability of rural communities in Canada.

In this context, nursing homes offer rural communities a number of welcome benefits: local jobs, especially for women, business opportunities with spin-off service requirements, care for elderly rural residents in familiar surroundings, and the positive aspects of a rural environment for newcomers. Yet these assets are no simple panacea for sustaining rural communities. Recent media scrutiny has pointed to an awesome reality within the nursing home sector, uncovering sites of abuse and unstable contingent jobs at low pay, and exposing a sector ignored as it suffers some of the worst impacts of health care underfunding and restructuring.

Research on Canadian rural women over the last 20 years has shown that they bear the brunt of economic restructuring in rural areas (Keating and Munro 1988; Teather 1998; Leach 1999; Martz and Brueckner 2003). As caregivers for their own and their extended families, women are directly affected by the reorganization of rural public services. Women working in the rural public and private sectors have been significantly affected by the reorganization of work, and those of them looking for work in rural communities frequently find it in the long-term care homes located there. In North America, women are primarily the front-line providers of long-term and chronic care to the elderly, in both formal and informal sectors (Martin-Matthews 2001). Moreover, given the gender-specific differences in mortality rates with age, women make up a significant majority of the nearly one quarter of all Canadians over 65 living in a rural area

(Statistics Canada 1996). As the population ages, older women will be disproportionately drawing upon the services of long-term and chronic care in their communities. Therefore, the impact of long-term care policy not only affects those women who are employed in the sector, but its rippling effects also impact on the quality of life of the predominantly female, increasingly aging population in need of care. The combination of these factors makes long-term care an important rural women's policy issue, linking restructuring, gender, work and the rural community in specific, but often unnoticed ways. It is these linkages that we explore in this report.

In the last few decades, most provinces and territories in Canada engaged in a review and reform of long-term care. This led to new strategic directions and, in particular, to the use of accountability structures such as the patient classification systems audit, which contributes to the decision about funding for individual nursing homes. In their simplest guise, patient classification systems slot people needing care into one of a limited number of levels of care (described in more detail below). These levels are determined by reviewing documentation about the health status of the resident and applying this information to a standardized measurement tool that makes assumptions about what is required to meet care needs. What patient classification systems do not adequately take into account are the variable needs of individuals in similar situations and the significant impact that this variation can have on the workload, safety and well-being of both care workers and the vulnerable people under their care. The objective of our study, then, was to investigate the ways in which classification systems impact on the work of front-line workers in rural nursing homes. On the basis of our findings, we argue that patient classification systems organize women's front-line work in nursing homes in troubling ways, and these systems have consequences in the context of rural long-term care, and for the communities they serve. Our findings indicate the need for a number of policy changes that would improve both the lives and working environments of women who are predominantly employed in rural long-term care homes, as well as the quality of life of the elderly women and men who reside there.

The perceived need for and development of classification systems arose as part of the restructuring of the Canadian health care system and has been guided by the ideology and practices of neoliberalism. Sumner (2002) argued that in rural communities, neoliberalism has taken the form of public sector reform, tariff reductions, changes in tax structure, and cutbacks to rural services. Moreover, researchers document that Canadian rural communities have reeled under the full impact of the industrialization of agriculture, along with associated deregulation, the decline of the family farm and the shift away from labour-intensive manufacturing industries. Mirroring the trend in urban centres, the service sector is now predominantly the largest employer in rural communities. As the state redefines its role and responsibilities, there is increasing pressure on community associations and families to look after themselves, often in the absence of adequate resources to do so.

All these shifts in the expectations and regulatory practices of the state have cleared the way for corporations to penetrate into just about every facet of daily life. Despite Canadians' continued refusal to embrace it, the privatization of health care appears to be coming in through the back door, with long-term care at the forefront of that trend. In many provinces, private corporations are moving aggressively into the business of delivering long-term care (Ontario Health Coalition 2002). The timing in terms of demographics makes the Canadian nursing home sector ripe for investment. Furthermore, just as the privatization of long-term care is occurring quietly, because

it has a lower profile relative to that of acute care, so too does the isolated and unheeded voice of rural communities open up the potential for unhealthy work environments that in urban settings might be more openly visible and contested. All of this brings us back to patient classification systems and the ebb and flow of economic and social accountability at the policy level.

This study explores patient classification systems and their impact on predominantly female front-line workers in rural long-term care homes in Ontario and Manitoba. These two provinces represent very different conditions of rurality, and serve to emphasize the range of diversity among rural communities in Canada. They also demonstrate other critical differences. In Ontario, long-term care in rural (and urban) areas is more and more frequently provided through privately owned and operated corporate homes (Appendix B: Table 1). In Manitoba, privatization is occurring at a far slower pace, with most rural long-term care homes continuing to be run as public homes.

Another important difference between Manitoba and Ontario lies in the delivery and organization of care. In Manitoba, long-term care is much more integrated and co-ordinated within the highly developed, locally focussed Home Care Program (publicly funded) and a largely publicly funded personal care home system. Workers in both community and nursing home arenas have similar qualifications and may move between working in home care and personal care homes at different points in their working lives. A third key difference lies in the different systems of classification used in each province, which highlights the diversity of health-care policy and practice in a country that purports to uphold the tenets of universal health care.

We link many of the problems that long-term care workers in rural homes experience to the exigencies of patient classification systems. Classification systems are not vague and abstract entities. They are co-ordinated sets of activities, carried out by real human beings, organized by visible and invisible texts. As such, classification systems comprise the actions of many people, in a range of different roles, whose day-to-day work involves feeding information into the system which, in turn, gives it a life of its own. Front-line care workers spend a significant amount of time throughout their work day filling in forms and creating text that pertains to the health status and safety of the residents in their charge. In addition, they also document information that is associated with the work of other health care providers, as well as completing forms that protect the liability of the nursing home in which they work. In turn, most of these forms feed into the creation of a care plan — the key document of patient classification in nursing homes. The care plan outlines the activities to be undertaken to care for a resident. The accumulated information forms care plans, which are reviewed and updated as the resident's condition changes and fed into quarterly and annual reports for each resident that are prepared by registered nurses (RNs) or home administrators.

In Ontario, the climax of this classification activity occurs once a year, when a classifier assembles all the care plans for each resident and two reports. Then based on government guidelines, the classifier interprets them to determine the level of care into which each individual resident will fall. In Manitoba, the annual classification is self-reported by the nursing home to its respective regional health authority (RHA). In both cases, it is expected that increasing levels of care will correspond to increased government funding, but this is not always the case. In Ontario, the cumulative levels of care assessment for every resident in the home are sent to the provincial governing body to derive a case mix index (CMI) for that home in relation to other

homes in the province. In Manitoba, funding depends on the resources available to the RHA and community priorities. In both provinces, this classification is intended to contribute to the decision regarding the allocation of funding the ministry provides to that home, enabling homes to set staffing levels and purchase supplies.

The use of classification systems reflects broader shifts associated with the present phase of neoliberal health care restructuring that is taking place across the country and, indeed, throughout the western world. These shifts bring with them the imposition of efficiency in long-term care that results in characteristics, such as work tailorization, of which the "tick box care" form is one. This prioritizing of economic efficiency over human needs, through standardizing timing of care activities like feeding or dressing, strips those tasks of critical human interactions. No time is allocated for empathy or physical affection, so crucial when providing care to those in need. Moreover, accounting for both efficiency and time opens up opportunities for private enterprise to create forms, software and training programs that turn providing care into profit.

Definitions

For the purpose of making the report relatively straightforward to read, we define here our use of some terms that appear frequently.

The term "**rural**" has been the subject of considerable academic debate over many decades, in Canada and elsewhere (Halfacree 1993). It is also subject to definition by governments for the purpose of policy development and statistical counting (DuPlessis et al. 2001). Debates have resulted in quite different ways of defining the concept, some based on geographical dimensions, others on more subjective, qualitative considerations. No definition is without problems and limitations. For this project, we considered areas to be rural if they are located more than one hour's drive from an urban centre *and* have a population of less than 10,000. This definition was found to be appropriate for both Manitoba and Ontario.

We use the term "**rural community**" in a common sense fashion to refer to territorial space within which individuals have relationships, either interpersonal or through institutions.

"**Long-term care home**" refers to a place of residence for people who do not require hospitalization and who cannot be cared for at home. In Ontario, the Ministry of Health and Long-Term Care describes them in this way: "Long-term care homes are designed for people who require the availability of 24-hour nursing care and supervision within a secure setting. In general, long-term care homes offer higher levels of personal care and support than those typically offered by either retirement homes or supportive housing" (MHLTC 2005: para 1). We use the term "**home,**" rather than "nursing home," to signal explicitly that this is home — with all its connotations — for those who live there.

Although we use the term long-term care home in this report, the term "**nursing home**" is also in common usage and means the same thing. In Canada, long-term care homes can be not for profit or for profit, government run, municipal or charitable, and all are regulated under provincial legislation. According to specific provincial legislation long-term care homes may also be referred to using other terms (e.g., "**personal care home"** in Manitoba).

Within long-term care homes, primary care of residents is carried out by a combination of regulated nurses and unregulated aides, that as a group we refer to as "**front-line workers**." In most homes, there is a mix of registered nurses (RNs) and registered practical nurses (RPNs), called licensed practical nurses (LPNs) in Manitoba, who work alongside less qualified nursing staff. The positions called variously health care aides (HCAs) and personal support workers (PSWs) in Ontario, and personal care workers (PCWs) in Manitoba, among other terms across the country, are designated to require fewer qualifications and mainly practical skills. Although in most instances these are the front-line workers who provide direct care and, in some cases, may provide medications and other forms of nursing practice, they are not a regulated profession as are RPNs. In some cases, however, HCAs, PSWs or PCWs may hold RPN certification.

In addition to their formal titles, long-term care nursing staff are differentiated along at least three particular dimensions: training, regulation and unionization. Some are formally trained in nursing (RN and RPN) or in long-term care (some PSWs and PCWs), while many HCAs, PSWs and PCWs have received only on-the-job training. Registered nurses and RPNs belong to regulated groups within the nursing profession, operating within a scope of practice that determines the kinds of nursing activities they are permitted to carry out (e.g., administration of medication). Health care aides, PSWs and PCWs are not regulated by a professional association, but may hold community college certificates obtained through a training program. Some front-line workers are unionized, especially at the higher ranks, while others, notably some HCAs and PSWs and most casual (i.e., no permanent employment contract) nursing staff are not.

In this report we use "**front-line worker**" as a general term to refer to the entire community of front-line care staff within or among homes, although we suspect that in the nursing home situation, all of these people would be considered "nurses" to residents and their families. To specify a particular kind of designation within that community we use the terms "**RN**" and "**RPN**" to refer to specific regulated groups of nurses, and "**PSW**" as a generic term for unregulated long-term care workers. It should be noted that HCA is in common usage in the long-term care community, and thus appears regularly in quotations.

Organization of the Report

The report is organized as follows. Chapter 2 is a review of the literature relevant to the topic and includes a description of the contexts of rural Manitoba and Ontario. Chapter 3 describes the methods used and the methodological decisions the research team made. Chapters 4 and 5 constitute the major findings of the study. Chapter 6 consists of the conclusion and recommendations of the study. The recommendations draw on our findings as well as building on some previously published recommendations. Thus, in the same way that our study has focussed a rural lens on long-term care in Canada, our recommendations turn the same rural lens on the steps needed to move forward to improve long-term care for both those giving and receiving that care.

2. PROJECT CONTEXT: RESTRUCTURING, RURALITY AND LONG-TERM CARE WORK

"Where there is so much racket, there must be something out of kilter."
– Sojourner Truth, 1851[1]

Given the range of issues relevant to this study, pertaining as it does to restructuring, health care work, rural communities and gender, the literature to which we turn is diverse. To provide a thorough context for the project, we bring together diverse literature into four themes for discussion. First, we outline our focus on rural and agricultural Ontario and Manitoba, and briefly describe key characteristics. Then, we examine processes of health care restructuring, focussing on the Ontario and Manitoba experiences of privatization and regionalization, which have particular implications for rural regions. Next, we discuss workplace issues in long-term care, emphasizing its highly gendered character and the particular issues unique to long-term care work in rural communities. This section of the report ends with a discussion of patient classification systems, centred on the details of the systems in use in Ontario and Manitoba.

Rural Economic Trends in Canada

Rural communities have been far from immune to the pressures of economic globalization in recent decades (Leach and Winson 1999; Winson and Leach 2002). For example, restructuring has affected rural communities in terms of reducing many government services available locally. Smaller hospitals and schools, and the offices of government departments have been centralized or closed to save money, making access to a range of services for rural residents difficult and even further away than in the past. Furthermore, smaller rural branches of private corporations, such as banks, insurance companies, small manufacturers and agricultural processors, have also relocated to larger centres or closed in an effort to make their operations more cost efficient. Therefore, restructuring has led to quite dramatic changes in rural labour markets throughout Canada, affecting the availability of workers and the kinds of jobs rural residents can find. The pan-Canada crisis in agriculture has reduced the number of farm-related jobs, and many of those left are targeted at migrant agricultural workers on short-term seasonal contracts (Preibisch and Hermoso Santa Maria, forthcoming). In addition, a growing percentage of farm women in Canada now work at jobs off-farm to maintain their agricultural livelihood (Martz and Brueckner 2003). For example, a rural woman respondent in an Alberta study stated that "everyone has jobs outside the farm now...you're just working and running" (Skillen et al. 2002: 14). Manufacturing work has been dramatically affected by restructuring (Brown and Baldwin 2003), especially in Ontario. Here, many traditional industries that employed men and women have been effectively eliminated by global competition, because small rural factories are no longer seen as economically viable (Winson and Leach 2002). These closures represented the loss of some of the best paid, unionized jobs in rural communities. In many rural southwestern Ontario communities, older industries have been replaced by automobile parts plants, which now pepper the rural landscape but are much less likely to be unionized (Sousa and Leach 2005). In Manitoba, there has been an expansion of meat processing, creating welcome jobs in communities with high unemployment (Yates and Leach 2005). However, this can be brutalizing work, often declined by long-standing residents and deemed unsuitable for women workers (MacLachlan 2001). Cutbacks to rural services have

reduced access to relatively well-paid public sector jobs. Fewer teachers are needed, or at least in fewer communities. Post offices, which often served as community centres in isolated rural areas, have been closed reducing these and other government office worker employment (Popaleni 1989).

The only expanding sector in rural communities in recent years, as in urban ones, has been in services (Winson and Leach 2002), but much of this is in part-time employment that leaves workers underemployed and under paid. Long-term care work is but one area of this expansion, providing work, albeit part time, for women (Leach 1999). Leach reported that much of this work for unskilled workers is also casual, in that hours are assigned on a week-by-week basis, depending on the exigencies of the nursing home. As a result, women juggle part-time jobs at more than one nursing home, or at a nursing home and another job (in a restaurant or store) to piece together the semblance of a full-time wage.

The closure of rural hospitals, along with reductions in other health care services, is another way rural communities have been affected by restructuring. The loss of critical services has been associated with the difficulty in attracting new employers into some communities (Leach and Winson 1999). Closures exacerbate the persistent problem that rural communities face in attracting family physicians and more specialized health care practitioners. Pong and Russell (2003) suggested that a lack of specialists in rural communities is not surprising since most towns are too small to generate a decent livelihood for a physician, and most rural hospitals lack the resources to support specialist practice. Unless these fundamental issues are first addressed, it will be difficult to attract physicians to rural areas in the future. In rural communities, family physicians provide care for patients with multiple traumas (Pong and Russell 2003). These factors mean that rural communities do not offer the same level of health care as that found in urban centres. Parallel with this is the fact that the health needs of rural Canadians differ from those of urban residents. Health Canada (2002) stated that rural realities affecting health include the physical environment and changing demographics, suggesting that these factors need to be explored and addressed in a "rurally sensitive" way.

Description of Study Areas

Ontario

Although the rural population is growing, particularly in southern Ontario, overall it has declined by over one percent in the last 10 years and, compared to its urban counterpart, it is aging considerably (Ryan 2004). Times have changed for rural Ontario. Currently, Ontario is home to approximately 1.5 million people aged 65 and over, representing 40 percent of Canada's total seniors' population. The number of seniors in Ontario is expected to increase even more rapidly when baby boomers turn 65 beginning in 2011. It is estimated that by 2041 23 percent of Ontario's population will be older than 65. In Canada, 20 percent of all seniors live in rural areas. Approximately 40 percent of Ontario's population lives in rural areas which includes about 18 percent of all Ontario seniors (Statistics Canada 2001, 2002). As a rural community ages, so too does its work force.

Migration trends both nationally and globally have increased Ontario's urban and suburban populations. Of the 100,000 immigrants Ontario receives annually, only a few settle outside larger urban centres in the south (Ryan 2004). Yet new immigration policies and a rich diversity

of people from different cultural backgrounds coming into the urban and suburban areas often have little connection to, or understanding of, rural Ontario (Ontario Rural Council 2001). Rural youth out-migration results in communities that are aging at a greater rate than the national average and makes it less likely that adult children will be available locally to provide elder care (Dupuy et al. 2000; Glasgow 2000). For rural Ontarians, the situation is considered to be critical, as the imbalance between the urban and rural experience grows.

Census data suggest that the rural economy rebounded from the recession of the 1990s much more successfully than did the urban-based economy, creating a primary source of employment for Ontario well into the decade. Agriculture, forestry, mining, manufacturing, tourism and other service and resource-based industries form the economic base of rural Ontario. The Ontario Rural Council (2001) noted that the agri-food industry is a primary economic force in Ontario today, second only to the automobile industry, reflecting a strong foundation for the economy.

The rural economy has diversified and today the service sector, which includes retail trade, health, tourism and communications, is the most important driver of rural economic prosperity and employment (Douglas 2001). Yet challenges, both in telecommunications development as well as the promotion of health and quality of life within communities, continue to be of concern. A lack of adequate infrastructure, due to technological or funding issues, poses significant problems in some rural areas where delayed road maintenance, vehicles inappropriate for severe weather conditions, or the absence of electricity and telephone (and connection to the Internet) promote further isolation. Nevertheless, non-market services, such as hospitals, nursing homes, schools and social agencies, contribute significantly to sustainability by providing employment as well as services where they exist in rural areas (Douglas 2001).

Analysts have identified six geographical regions for rural Ontario, each significantly different from the others. Particularly notable is the contrast between the diversified and dynamic economies of the southern and western regions in contrast to the persistent struggles of the northwest and northeastern regions (Douglas 2001). For these regions, finding the fiscal capacity to maintain or upgrade rural infrastructure has been a particular challenge. Yet rural residents tend to identify strongly with their rural community and region (Ryan 2004). A report on the Ontario Rural Dialogue Conference identified strategies for building on and sustaining key rural assets (Fuller and Small 2001). The document highlighted the prioritization of assets and strategies within the Ontario rural community, and particularly noted the unique perspectives of Francophone and Aboriginal participants. The Ontario rural community is not a homogenous group, and issues that arise from diversity at the local level have impacted on the larger regional or provincial levels as well (Ontario Rural Council 2001).

Ninety-five percent of the rural Ontario population is non-farm and only 35 percent of total farm family income in 1997 was farm based (Ryan 2004). While knowledge-based occupations create a demand for more highly skilled workers, the telecommunications infrastructure, particularly but not only in northern communities, continues to be a challenge. However, many rural communities are under-serviced with respect to health care support services, particularly when it comes to access to a family doctor. Primary care reform, along with the expanding role of nurse practitioners, is a strategy being increasingly tested to mitigate the small supply of physicians in rural areas. Technology (such as in the Telehealth service) also plays a role, although this is

sometimes seen as a wasted resource on communities without dependable telephone service and with other telecommunication challenges.

Threats to rural assets that continue to impact on the goal of sustaining rural health in Ontario include (Fuller and Small 2001: s. 5.1):

1. Lack of health care providers and training facilities in rural areas
2. Lack of timely access to specialized services such as MRIs
3. Demographic trends such as ageing, low population density, youth leaving communities, etc.
4. Lack of coordination and cooperation among organizations sharing information
5. Lack of education/awareness of preventive health and difficulty in accessing information
6. Increased cost of living (people cannot afford or access basic services)
7. Lack of healthy lifestyle choices and attitudes
8. Discrepancy in access such as differences in accessing health care information and holistic care information
9. Lack of access to funding and inability to meet eligibility requirements.

To address these threats, a number of potential strategies and actions have been proposed. These include helping to recruit health care service providers to rural and remote communities; prioritizing rural, under-serviced areas; encouraging rural residents to enter rural health care fields through incentives, scholarships, promotions and programs early on, conducting research to determine the reasons professionals and providers come to, stay in and leave rural communities; and equalizing access to health care for rural and remote citizens so equal levels of service are provided to all people (Francophone, those in remote areas, seniors etc.) (Fuller and Small 2001).

Manitoba

There are many challenges to delivering long-term care to the older population in Manitoba. Most of the province is made up of vast tracts of land that is sparsely settled and characterized by communities with populations of 2,000 to 5,000 people, on average. Locating and delivering services in these areas is much more costly and time consuming than in urban and more densely populated rural areas. The population density in Manitoba is just over four persons per square mile, despite the existence of a major metropolitan area of nearly 700,000 people in only 1,500 square kilometres. Service delivery to seniors is even more difficult than to the general population as, similar to what is occurring in Ontario and other Canadian provinces, older people tend to remain in rural areas while younger people — the labour force of their communities —move to the increasingly larger, urban centres. This has created some of the same problems that rural Ontario faces. First, older persons, many of whom live alone, are increasingly isolated. Second, younger persons, on whom older people depend to constitute care both informally and in the labour force, are less available in rural and small town areas (Havens 2002).

Manitoba is in the longitudinal middle of both the North American continent and Canada. The total population of Manitoba is slightly over one million, in a large geographic area of some 640,000 square miles (1.7 million square kilometres). The largest urban centre and provincial

capital, the City of Winnipeg, while only 600 square miles (1,554 square kilometres) in area, accounts for over half of the population, including the older population. The next largest city (Brandon) has a population under 40,000 persons, which means that outside of Winnipeg and a few small cities/large towns, about 30 percent of the Manitoba population is spread throughout the province's rural and remote areas (Havens 2002).

Rural life in Manitoba has changed considerably over the last 25 years, most notably as the impacts of international trade agreements and the loss of the Crow Rate[2] significantly alter the economic landscape of the province. Specifically, there have been structural changes to agriculture as the sector diversifies and industrializes, and concomitant social changes as communities in the province's southern agricultural areas pass through this evolution of economic and community life (Carlyle 1996; Ramsey and Everitt 2001). An agricultural economy and society once dominated by King Wheat (Friesen 1984) has diversified to the point that the agricultural landscape today is almost unrecognizable from what it was only 10 or 15 years ago.

The land itself has changed, as farmers plant crops, such as flax, canola, potatoes and sunflowers, and engage in large-scale animal production, particularly intensive hog production. But the labour market has also changed, with increases in off-farm, non-farm related work, particularly in the service sector, including health care. While experts predict that the agricultural areas of the province will remain farming regions, the nature of that farming sector is changing radically. Farmers continue to move out of farming, and the next generation does not appear to see a future in agriculture. Surveys of Manitoba rural high schools have shown that as few as 6.6 percent of students plan to choose careers in farming (Ramsey and Everitt 2001).

The provincial population aged 65 and over increased as a proportion of the total provincial population from 11.7 percent in 1983 to 13.6 percent in 2000. The number of people over the age of 85 was 21,900, which represents 13.85 percent of the elderly population of the province (Manitoba Health 2003a).

Tomiak et al. (2000) attempted to predict risk of nursing home (personal care home) entry in Manitoba. Results indicated that advanced age is a primary and important predisposing factor for men and women, as is marital status for men particularly for those who are unmarried or widowed. Aside from age, the most important variables significantly associated with personal care home entry were the presence of dementia, which increases risk 20.2 times for men and 10.0 times for women, stroke and musculoskeletal disorders among men, and other mental disorders for men and women. Several other enabling factors were significantly associated with personal care home entry for women, such as the lack of homeownership, living in an urban region, supply of nursing home beds and availability of physicians. Tomiak et al. (2000) found that for every additional nursing home bed available per 1,000 elderly people, the risk of nursing home entry for women increases by one percent; and for every additional physician per 10,000 people it decreases by eight percent. This may, in part, reflect the demography of later life, where elderly women are less apt to have spousal support to help maintain their independence in the community. It also likely reflects migration patterns within many rural areas, where non-spousal support (extended family, especially children) may be absent or limited by geographic distance.

Reviewing the discussions above, the choice of Ontario and Manitoba as the location for the study becomes evident, particularly as it relates to women and rural communities. Long-term care work is a female-dominated profession. The gender-specific mortality rates that favour women living longer than men, along with youth out-migration trends, means that more elderly women will require nursing home care in later life, particularly in rural areas. Both Ontario and Manitoba have significant rural regions that still face challenges related to technology and telecommunications. In both provinces, rural regions have experienced the impacts of economic restructuring policies that have led many women to seek employment off-farm to maintain their family's agricultural livelihood or to work in non-farm sectors including long-term care. Both provinces are experiencing similar challenges associated with the aging of their rural communities including an increasing need for seniors' services, and an aging work force that creates recruiting and retention challenges for the near future. Finally, as we discuss below, despite some similarities in the area of health care restructuring and a national health care philosophy that purports universality, Manitoba and Ontario exhibit critical differences in the delivery of long-term care. For our purposes, the major factors here are, first, that in Ontario long-term care is increasingly delivered by private corporate providers, while privatization of the sector is far slower in Manitoba. Second, Manitoba and Ontario now use different instruments to determine patient classification. In addition, the way these instruments are used is slightly different in each case, as we describe later in the report.

Health Care Restructuring and Long-Term Care in Ontario and Manitoba

In the last several decades, health care restructuring has had a significant impact on long-term care in all provinces in Canada, and to a great extent accounts for the context within which nursing homes in rural Ontario and Manitoba are currently being funded. Although strategies for reform have varied by province, a number of common themes have emerged. First, a decentralization of authority and service delivery has been put in place. The need for more client-centred services has been noted. A commitment to improving the health status of individuals and communities includes an emphasis on evidence-based decision making that is more cost effective and accountable. There has been a shift from institutional care, with a focus on illness, to a community-based service model focussed on wellness. This has led to an integration of agencies, programs and services intended to reduce duplication and overlap in the sector. Finally, greater stakeholder involvement has been articulated as a priority with an emphasis on individual responsibility for health (CIHI 2000). Yet the impact of strategies intended to achieve cost containment in acute care has rippled across the whole health care continuum.

Driven by reduced federal funding throughout the late 1980s and 1990s, provincial governments redirected some of their health care budgets from institutional services to home and community-based care initiatives, primarily as a means of reducing costs (CIHI 2000; Manitoba Health 1992). Community-based services and the nursing home sector were ill-prepared for what happened next (CIHI 2000). Hospitals and psychiatric facilities were closed, and stays in hospitals that remained open were minimized. This resulted in elderly people with lower care needs being transferred into privately owned homes or kept in the community longer, often under the care of family members. Not only were formerly acute long-term care patients moved out of hospitals and into nursing homes, but at the same time, the number of residents with cognitive and psychiatric illnesses admitted to nursing homes increased as a result of institutional closures

in that sector (Willson and Howard 2000; Armstrong and Armstrong 1999). For long-term care facilities, this has led to an increasing demand for respite services and palliative care as a more chronically ill resident became the norm (CIHI 2000). The new definition of hospitals and of "necessary care" means that more people are required to provide for their own health interventions and to recover at home instead of in hospital. In fact, the vast majority of elderly people are cared for in their own or a family member's home. The responsibility for and cost of these services is thereby shifted from acute care services to the individual or family, with both the person who requires care and care provider usually being a woman (Armstrong and Armstrong 1999). Yet despite the increase in community-based care for the elderly, many still require nursing home care.

Reform and restructuring have increased the pressure for long-term care facilities not only to account for their expenditures but also to report on the health status of those who are under their care (CIHI 2000). The policy shift that transferred acute hospital-based care to nursing homes in all provinces was based on two assumptions: that long-term care providers cost less and require less staff training than hospital care providers, and that nursing home residents require less care (Armstrong and Armstrong 1999). This shift also created opportunities for the private sector to assume the downloaded responsibility for providing a higher level of care in nursing homes by charging fees for at least part of the services, particularly as more drugs and services became delisted (Armstrong and Armstrong 1999). In fact, provincial governments in several provinces including Manitoba, Ontario and Nova Scotia allow per diem charges to be applied to patients in hospital who await nursing home beds, stretching the limits of the *Ontario Hospital Act* which prohibits charges for necessary services in hospitals (Willson and Howard 2000; Nova Scotia 2001; Armstrong and Jansen 2004).

Federal Minister of Health Allan Rock was quoted as saying that no other group has borne the brunt of health care restructuring more than Canadian nurses (Health Canada 2002). Long-term care nurses in Ontario and Manitoba repeatedly raised concerns over workloads, understaffing and stressful working conditions as older, more acute-care residents become the norm instead of the exception. A Pricewaterhouse Coopers (2001) study of Ontario long-term care homes reported that Ontario provided the lowest levels of care of any jurisdiction, while its residents were among the sickest and oldest. Yet ideologies continued to shift policies toward an entrepreneurial model, assigning the creation of mission statements and governance models to nurse managers, while front-line workers "struggle to provide safe care with diminishing resources amidst the confusion and chaos of closures, amalgamations and conversions" (Willson and Howard 2000: 45). In the process, the ethics of care and the interpersonal aspects of health care have been overlooked, if not lost entirely (Armstrong and Armstrong 1999). Table 2 (Appendix B) was used by the City of Toronto to show how long-term care in Ontario compares with other jurisdictions in Canada and the United States in terms of total hours of care. The findings are quite startling when one notes that Ontario ranks lowest in number of hours of care provided, with Manitoba right behind.

Health Canada (2002) suggested that in the 1990s, immediately after budget cuts and staff reductions occurred, there was an apparent increase in basic productivity in health care for a short time. This led policy makers to believe they had made the right decisions with respect to health care restructuring and to gain confidence in their planning strategies. However,

subsequent research showed that, over time, understaffing leads to higher costs for employers, not only through overtime expenses, but also through personal worker stress and injury that, in turn, affected service quality (Armstrong and Armstrong 1999). Policy changes borne of restructuring resulted in increasing patient loads, declining resources and reduced staff/resident ratios, because legislators still clung to the outdated assumption that nursing home residents require less care than those in hospital.

Ontario: Trends in Privatization and Deregulation

Ontario's history of accommodating its elderly in need of care dates back to special facilities created in the 1930s (Struthers 1997). Between 1900 and 1930, the number of Canadians over age 65 increased by 115 percent, and rose a further 34 percent during the 1930s. By the start of World War II, the few charitable or public homes were overcrowded with long waiting lists. Through the 1940s and '50s, new public homes for the aged were built, although primarily taking in poor (elderly on welfare) and not sick elderly residents. Funding of these establishments was based primarily on the meagre private and public pensions of elderly residents. Horror stories of abuse and derelict living conditions finally resulted in Toronto passing its first by-law requiring registration, licensing and inspection of private nursing homes in 1947. But many homes continued to be effectively nothing more than boarding rooms. Medical officers of health had little interest in them. By the late 1950s, the *Unemployment Assistance Act* provided funding for "indigents" living in homes for "special care." This gesture spurred the opening of many more licensed homes, although proprietors were sometimes without experience or qualifications.

Nevertheless, infusion of public money resulted in a demand for accountability through more effective inspections, although regulatory control was passed down to the municipal level with few resources to support it. By the late 1960s, almost two thirds of residents were being supported in nursing homes (whether private or otherwise) through government subsidy. Moreover, increasing pressure from private owners to raise the government subsidies led to increases in rates. Demands for further increases resulted in eviction notices to welfare patients in Toronto nursing homes. In turn, the city threatened to move nursing home residents to homes outside of the city where rates were significantly lower. This tug of war between private operators and government continued into the next decade until the government finally announced that nursing home care would be covered by the Ontario Health Insurance Plan (OHIP) and that it would apply to medical, not residential, care as defined by requirements of at least 1.5 hours of skilled nursing care per day. User fees would also be part of the cost. This catapulted the industry into transformation from small, single-operated dwellings often owned by women, into modern and profitable homes owned by corporations charged with making money for stakeholders. By the 1980s, chains controlled over 80 percent of more than 30,000 nursing home beds in Ontario.

Ontario adopted the Alberta classification system in 1992 and implemented it province wide to gather data for the case mix index (CMI) that led to the determination of per diem funding to be provided to nursing homes. In 1993, the provincial government passed the *Long-Term Care Statute Law Amendment Act* (Bill 101), which amended the three long-term care home acts and brought together the nursing home and homes for the aged systems. Bill 101 introduced significant changes:

- the new resident needs-based funding system which was intended to accommodate the different care levels that exist in nursing homes;
- one process for charging resident accommodation fees;
- new requirements for admission, which apply to all facilities across the province; and
- a standardized service agreement that provided a uniform accountability system in exchange for funding. Non-compliance with this service agreement can result in sanctioning by the Ministry, which might include, but is not limited to, closure of the operation, freezing of admissions, takeover of operations or cancellation of the service agreement.

Along with the impacts noted above, restructuring also led to deregulation of duties that were formerly restricted to professionals trained and recognized by regulated medical colleges. This has implications both for women in health care roles and for women who receive care. For example, in 1994 the *Regulated Health Professions Act* limited the monopolies held by various health professionals and now allows delegation of their duties to unregulated providers, who in "exceptional circumstances" can also undertake duties *without* delegation (Armstrong and Armstrong 1999). This legislation opened the door for nursing home administrators to hire less qualified staff at lower wages to undertake medically complicated front-line care that was previously the responsibility of more qualified health care practitioners.

Prior to tabling this Act, the Ontario Ministry of Health heard requests from many unregulated health therapy groups who sought professional recognition and legislated regulation. Initiated by the Council of the College of Nurses of Ontario, the Ministry heard the request for a separate regulatory body for registered practical nurses, enabling them to undertake some nursing duties they had previously not been able to perform, and establishing a standard of practice. Nevertheless, this move was not without controversy (RPNAO 2002). During this debate, the Health Care Aides Association of Ontario also stood before the Legislative Assembly to request becoming a formal regulatory body to ensure quality and consistency in patient care, *particularly since health care aides provide most of the front-line patient care in nursing homes*. In presenting their submission, Mona Robbins, president of the Health Care Aide Association of Ontario stated:

> The newly formed Chartered Health Care Association of Ontario seeks recognition and acceptance for its members for the specialized nursing they perform... The Nursing Homes Act states health care aides give only personal care, for example, dressing and grooming. Health care aides do more.... The health care aide is the practical nurse and gives all hands-on bedside nursing in chronic and geriatric long-term facilities. We promote health and recovery and relieve pain by reporting it to the medication nurse. Health care aides meet basic physical, supportive, preventive, therapeutic, palliative and rehabilitative needs in order to attain and maintain normal function. Health care aides observe, report and communicate changes in residents' physical or emotional status. Health care aides continue physiotherapy when the physiotherapist is not available. We are called upon to assess and give input in nursing care plans.... Health care aides take rectal temps, glove, and administer enemas and suppositories and more.... Health care aides also hold administrative positions such as administrator of rest homes, making important decisions daily such as setting standards to ensure

> quality care and efficiency within the establishment (Ontario, Legislative Assembly of Ontario 1991).

Nevertheless, the request from the Health Care Association was turned down, and health care aides remain an unregulated profession with no clear and consistent standards of practice and no governing body to account to or be protected by.

By 1996, community care access centres (CCACs) had replaced placement co-ordination services and home care programs to become the gatekeepers of long-term care access in Ontario. More detail about the CCACs is given below.

Most recently, in the fall of 2004 the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care announced the creation of local health authorities, called local health integration networks (LHINs) aimed at enhancing the co-ordination of the delivery of health care services at the local level (Ontario Health Coalition 2004; CAW 2004). The LHINs will be bound by a "performance agreement" to the Ministry, and are charged to undertake the tasks of planning, funding, allocating and implementing provincial priorities and setting performance standards and accountability agreements for services that include regional hospitals, long-term care homes, home care and other health service agencies according to provincial priorities (Ontario Health Coalition 2004). This moves Ontario in line with almost all other provinces, including Manitoba, in the withdrawal of responsibilities and funding away from total provincial control, placing it instead in the hands of regional decision makers (CIHI 2000). However, unlike the integrated models in place in other provinces of Canada, Ontario LHINs will not be providers of clinical services, but will co-ordinate service delivery. Existing provider organizations will continue to be relied upon to deliver services.

Critics suggest that this move may lead to vacancies in for-profit homes and growing waiting lists for not-for-profit homes (CAW 2004). Nevertheless, it is also hoped (perhaps optimistically) that local decision making may lead to a more holistic philosophy of care that provides alternatives to the dominant market-based philosophies as perpetuated with the provincial model. Models such as Wellsprings and the Eden Alternative have arisen as pioneers out of the not-for-profit sector, advocating a more responsive, social model of long-term care. A respondent nursing home administrator in Manitoba spoke of initiating such models as an ideal goal in their small rural nursing home. However, one key informant, who co-ordinates rural programs in the psycho-geriatric sector, expressed concern that rural issues may be overlooked in a regionalized system.

> *I worry sometimes when we become regional that things [will] get skewed more to urban, and I do worry about that. I've certainly seen that within the context of my position, even when I go to meetings trying to say, wait a minute, take a step back, there are those of us who come from predominantly rural areas...that's not even touching what goes on in the north.... we can't use a metropolitan yardstick.*

It appears, however, that regionalization of health care in Ontario is off to a bumpy start. With little public consultation in the process, and appointed boards of directors, the 14 LHINs will need to prove that they can provide transparent and fundamental changes with procedural

safeguards and checks and balances in place to win the confidence of rural and urban communities alike (OHC 2004).

Long-Term Care: Policy, Process and Resident Profile

Ontario

In Ontario, there are three historical categories for long-term care facilities: nursing homes, municipal homes for the aged and charitable homes for the aged. While almost all residents require a similar range of care, services must be provided as set out in the *Long-Term Care Facility Program Manual.*[3] Nursing homes are licensed by the Ministry of Health and Long-Term Care and must comply with the regulations set out in the *Nursing Homes Act*. Both for-profit and not-for-profit management structures exist, with municipal homes being operated by municipalities, and charitable homes being subject to separate acts.

As non-profit corporations, CCACs are charged with providing information on public services and programs, undertaking assessments, determining who is eligible for care and who provides it, and ensuring services are delivered. Anyone requesting or requiring home care or long-term care home placement must go through the CCAC to obtain it (Armstrong and Armstrong 1999). There are no user fees for services provided by the CCACs and to a limited extent, both applicant and facility has the right of refusal. Admission to a nursing home requires a valid Ontario health insurance number and residents must be 18 years and older. Health care restructuring in Ontario, resulting in the discharge of chronically ill patients from hospitals, because of the need for beds, has placed enormous pressure on CCAC resources. Sometimes, this pressure has resulted in patients either having to pay for the additional care they may need at home, or going into a nursing home, because they cannot cope at home without support (Laschinger et al. 2001).

Unlike Manitoba, private corporations own most nursing homes in Ontario. People living in a nursing home pay a fee for accommodation that ranges from basic ($1,480.99 per month) to private room preferred accommodation ($2,028.49 per month). If a senior is not able to pay these rates, government subsidies are provided at the basic rate (MHLTC 2005). Long-term care homes in Ontario have two main sources of revenue (government funding and resident fees), although other smaller sources also exist that include provincial subsidy payments, resident accommodation fees, municipal and capital tax allowance, construction cost funding and recognition of accreditation status (Armstrong and Armstrong 1999). Nursing home operators may also contribute to the operation of their homes through fund raising or other sources of revenue available to them.

When considering the context of nursing home costs and funding systems, it is important to re-emphasize the variety of administration systems and health care strategies that exist across Canada and the Catch-22 scenarios for those elderly who need nursing home care, despite the philosophical ideal of fully funded universal health care. For example, under the *Canada Health Act* long-term nursing home care is exempt from the definition of "medically necessary" insurable health coverage (NACA 2005). Yet increasingly, services provided to residents *are* medically necessary. Moreover, costs for seniors to enter nursing homes vary across the country, with some provinces charging flat rates and others requiring means tests (NACA 2005). Because

long-term care facilities are not technically hospitals, the letter of the *Canada Health Act* is not considered to be violated by not insuring nursing home care.

All homes are subject to regular review and inspection as well as unscheduled inspection visits. Compliance advisors, normally registered nurses who have worked in long-term care and program supervisors in regional offices, work in partnership to ensure that standards of patient care and legislation requirements are met (MHLTC 2001). All nursing homes must respect residents' rights as contained in all three long-term care home acts, and the Patients Bill of Rights must be posted publicly in all homes. These rights emphasize resident participation in planning and evaluation of care plans, nursing home programs and services. In addition, homes must maintain and organize a resident's council.

A profile of nursing home residents sheds light on some of the care responsibilities of nursing staff in this sector.

In 2002 56,595 people were classified within Ontario nursing homes. Residents in Ontario nursing homes are predominantly widowed women, with an average age at admission of 80 years. According to a Pricewaterhouse Coopers (2001) report, 73 percent were female, 44.2 percent could not locate their room, 64.4 percent had communication difficulties and 64 percent had some form of dementia. In addition, the rate of depression in Ontario long-term care homes was higher than all other provinces and countries included in the report. The most prevalent diagnosis is dementia or other psychiatric disorder, such as Alzheimer's disease, but other diseases and musculoskeletal disabilities are also common. Most residents have varying degrees of incontinence. Activities of daily living are difficult for most residents who usually require some assistance with dressing, bathing, toileting, eating and getting out of bed. Most residents need pharmacological treatments that must be administered by front-line staff, ranging from topical medications, creams and ointments to tending to oxygen, ostomies and catheters. The indicators, or categories of care, associated with the Alberta Classification System provide information about residents' resource requirements. In Ontario, levels of care range from A (least intensive) to G (most intensive). However, most nursing home residents fall within the resource intensive categories of E and F, highlighting the significant demand for nursing services and care.

Manitoba: Regionalization

An important difference in the process of restructuring long-term care between Manitoba and Ontario is the decentralization of health care service delivery and administration that has taken place in Manitoba and many other provinces through regionalization. Regionalization only began in Ontario in 2005 with the introduction of the LHINs. In Manitoba, regionalization through the creation and continued adjustment of RHAs is the hallmark of health care and long-term care restructuring in the province to date.

Manitoba's health care system has undergone considerable change since the early 1990s. These have most notably impacted hospitals (shorter stays, closed hospitals, staff re-organization) and caused increases in user fees (i.e., chiropractic services). Health care reform was initiated in the early 1990s under the Progressive Conservatives of Premier Gary Filmon (1988-1999), and reflects a provincial shift to the right. A review of early 1990s Manitoba Health documents

reveals no mention of privatization or regionalization, despite evidence of attempts to privatize home care and some growth in the number of private personal care homes licensed by the province. As early as 1992 however, the province's new plan, *Quality Health Care for Manitobans: The Action Plan* set out goals for appropriate, effective and efficient health services. In particular, it called for the development of mechanisms to assess and monitor quality of care, utilization and cost effectiveness, to promote reasonable public expectations of health care, and to promote delivery of alternative and less expensive services (Manitoba Health 1992). As was the case in Ontario, part of the shift to less expensive care in Manitoba was the movement of long-term care out of acute care hospitals and, in particular, into Manitoba's public or non-proprietary personal care homes. It was argued that hospital beds could be closed as the patients using them could be better and more cost effectively served in long-term care homes. Thus, between 1992 and 1998, 436 new personal care home beds were constructed in Manitoba, while 1,200 acute care hospital beds were closed.

As in Ontario and other Canadian jurisdictions, health care reform was driven by reduced federal funding, especially reductions from 1995 onward in the Canadian Health and Social Transfer. The need to control public expenditure became a priority that not only matched the priorities of a Conservative government, but meshed with a larger economic climate in a province reeling from restructuring in agriculture, its primary economic base. Regionalization was seen as an opportunity to cut costs, and at the same time, to take decision-making control out of the hands of "big" provincial government bureaucracies. This favouring of regional governance became a key part of Manitoba health reform and, therefore, of the structure of health care delivery, including that in long-term care.

Prior to restructuring, in Manitoba the health care sector consisted of numerous individual employers (mostly hospitals, but also some long-term care homes). Provincial government publications suggest that a major goal of health care regionalization was to improve accountability in the system. Rather than dealing with dozens of individual institutions, and needing to assess the effectiveness of each, the provincial health department grouped hospitals and nursing homes (called personal care homes in Manitoba) into regions. This move decentralized responsibility for the administration and implementation of provincial health care policy in the institutions that lie within its geographical area from the bureaucracies of the provincial government to the bureaucracies of each regional health authority (Payne et al. 2002). Thus Manitoba has embarked on — and continues — a restructuring that has decentralized the delivery and financing of health care (including home care and personal care homes) through the creation of RHAs. While final decisions on budgets remain with Manitoba Health, as does the legislative control over coverage through provincial health benefits and the specific legislation denoting personal care home operations, the real work of providing care and of dealing with the employment issues of care workers happens at the local RHA level.

Currently, 11 RHAs operate in Manitoba. The government move to regionalize was made in part because RHAs are thought to be better able to evaluate health status and issues in their local communities and therefore to be in the best position to make decisions about needs, services, programs and care delivery. The RHAs are meant to facilitate decisions based on what the health care system requires (regional focus mediated by provincial and federal policy) rather than focussing on the perceived needs of individual institutions (Manitoba Health 1997).

Home care and long-term care (general, speciality and respite care in personal care homes) are two of ten core service areas for which all rural and northern RHAs are responsible (Manitoba Health 1997). Authorities are responsible, within the context of provincial policy direction and the *Canada Health Act*, for assessing and prioritizing the needs and health goals of their communities, for local planning and for the integration and monitoring of the region's services for effectiveness and efficiency. The RHAs are directly accountable to Manitoba Health and to the Minister of Health specifically. The province provides all RHA funding. In 2002, the 11 RHAs were responsible for some $1.7 billion in health expenditures, yet only in 2002 were health care workers allowed to serve on RHA boards.

Critics of regionalization in Manitoba have expressed concerns that the creation of RHAs allows Manitoba Health and the Minister of Health to relinquish accountability for health planning decisions, while retaining control over funding. There is also concern regarding the appointed, as opposed to elected, RHA boards (Willson and Howard 2000). Interestingly, criticism of the new LHINs in Ontario mirrors the Manitoba concerns, since consultation and the appointment of directors was not carried out there either (Ontario Health Coalition 2004). An evaluation of the regionalization process has not yet been conducted to see if it is meeting its goals and objectives (Willson and Howard 2000).

Long-Term Care in Manitoba Today

The bureaucracy within Manitoba Health that pertains to long-term care is still extensive, but a few key divisions and units need to be noted. The Health Services Insurance Fund pays program costs to regional health authorities for acute and long-term care, home care, community and mental health and emergency and transportation services. Funds are allocated to regions to provide nursing home and community-based health services across the health care continuum. Through this, the fund's objectives are to design a service delivery system that efficiently, effectively and responsively meets the needs of the various regions, ensures compliance to provincial standards in core services, ensures fiscal and program accountability, and provides additional services as required based on community health assessments, provincial and local priorities and available resources (Manitoba Health 2004).

Within the Policy and Planning Branch, the Community, Acute and Long-term Care Unit was reorganized and renamed the Seniors and Persons with Disabilities Unit in 2004. This new unit focusses on the longer-term continuum and systems planning (three to five years) in home care, acute care, long-term care and palliative care. It provides leadership in policy development in collaboration with other government departments, RHA, and community organizations (Manitoba Health 2004).

Within the Financial Division of Manitoba Health, the Regional Health Authority Unit looks after the allocation and monitoring of funding made available to RHAs as required under legislation and in accordance with Manitoba Health policy. The Unit works with RHAs in applying budget funding policy, reviewing health plans for estimates, monitoring operating performance and reviewing and preparing year-end statements. The Residential Charges Unit is responsible for ensuring that there is an equitable rate structure in place for long-term care clients so an appropriate level of revenue can be maintained (Manitoba Health 2004).

Unlike Ontario where most nursing homes are privately owned, in Manitoba, long-term institutional or nursing home-based care is overwhelmingly provided in publicly owned personal care homes. In March 2000, there were 124 licensed personal care homes in Manitoba, with a total of 9,385 beds. Of these, only 15 percent are privately owned and operated for profit, under contract with their local RHA. The remaining 85 percent are operated by non-profit bodies, including religious and charitable organizations or directly by their local RHA (Manitoba Health 2000). Coverage includes standard room accommodation, meals, basic nursing services, routine medical and surgical supplies, prescribed drugs, physiotherapy and occupational therapy, and routine laundry and linen services. Residents pay a per diem residential fee based on a sliding scale according to income, and the province covers the rest of the gross per diem charge set annually by Manitoba Health. As of August 2000, the minimum rate was $26.30 per day and the maximum $61.40. These fees cover only a portion of the costs of staying in a personal care home. The province covers the remainder of the costs per patient through the RHAs, with funding forwarded to nursing homes after the level of care classifications have been determined.

To be eligible to enter a nursing home/personal care home, individuals must hold a Manitoba health card, which indicates they are registered provincial residents. All residents, across the lifespan, may access home care for assessment of eligibility which, depending on the individual situation, may lead to placement into a personal care home. Priority for personal care home placement is given to people with no other options for care, and to those who need day-to-day services to the extent that providing those services in the home is no longer possible.

To be admitted into a personal care home, the applicant must go through a "panelling" process. This process operates as a gatekeeper for residents needing home care or entering a personal care home in a similar role to the CCAC process in Ontario. The panel usually comprises a home care program manager, the region's medical officer of health, a social worker, and representatives of homes and family members as appropriate. A hospital discharge planner may also be involved if the individual comes directly from hospital rather than the community. The panel is charged with providing for care needs without risk to mental, social and health status; ensuring placement in a care setting that offers a safe environment allowing the retention of a degree of independence with ongoing support/treatment care required; providing case managers with the support they require for consultation, direction and recommendations from a variety of disciplines. Assessments include clinical, health and social functioning components. The assessment panel in each region establishes that placement in a personal care home is needed, determines the individual level of care in accordance with established criteria, establishes priority need for placement and assesses the potential for the resident to be discharged to the community from the personal care home.

Application for placement in a personal care home is initiated by a Home Care Program case co-ordinator, or through an RHA-appointed case co-ordinator or hospital discharge planner if the individual is not on home care. The application package assessed by the panel includes an assessment by the case co-ordinator, a doctor's report and other medical information. Panelling is done at the RHA level, generally on a demand basis. Some RHAs may have more frequent panelling meetings than others, depending on the level of demand for placement they are currently experiencing. Nevertheless, despite the requirement to go through the panelling process, some case co-ordinators assert that residents have been admitted to a personal care home without first being panelled, which causes problems both for the care provider, who has no

assessment for the incoming resident, and for the resident who must go through this process after moving to the nursing home.

As is the case for nursing homes in Ontario that are approached by the CCAC to provide care, to a certain extent individual personal care homes are responsible for establishing their ability to meet the needs of each applicant before accepting them onto their wait list. Personal care home administrators must co-operate with case co-ordinators to ensure admission practices are met and reflect the needs of their community, and that the applicant can be cared for safely. The personal care home notifies the individual, or someone acting on her or his behalf, when accommodation is available. Despite being provided with the assessments done for the panelling process, a re-assessment is undertaken by the nursing home at intake, and will be done again in three months to ensure that resident status information is accurate.

Only about five percent of Manitobans between the ages of 75 and 79 live in personal care homes. Approximately 90 percent of those aged 90 and over, however, reside in one. The proportion of "old-old" personal care home residents (aged 85+) has increased from 51 percent in 1990 to 55 percent in 2000. The average age at admission increased from 81.9 in non-Winnipeg personal care homes in 1990 to 83 in 2000. The average age of residents went from 83.6 in non-Winnipeg personal care homes in 1990 to 84.3 in 2000 (Roos et al. 2001a,b). Along with the fact that residents entering homes are increasingly older, the level of acuity of personal care home residents in Manitoba is also rising, and this has serious implications for personal care workers who provide front-line care. Looking at the different levels of care, people assessed at Level 2 require about two hours of nursing care in a 24 hour period, while those assessed at levels 3 and 4 require at least 3.5 hours of nursing care over a day. While the proportion of residents entering nursing homes that were assessed at Level 2 decreased between 1990 and 2000 (because these are people who are now cared for through home care services), the proportion of residents requiring level 3 and 4 care has increased by over six percent. Another way to look at this is that in 1994, 44 percent of residents had been assessed at levels 3 and 4, but by 2001 this had risen to over 50 percent (Martens et al. 2003).

One might expect then, that with the increasingly higher acuity levels of those entering nursing homes, funding would be increased concomitantly to cover the cost of complex care. However, this does not seem to be the case. The proportion of Manitobans aged 75 or older is expected to increase by 12 percent by the year 2020, raising important questions about the ability of the current system to absorb these increasing care needs.

Comparing Ontario with Manitoba then, both provinces have gatekeepers who co-ordinate the accessibility to home care and nursing homes and who co-ordinate assessments that are the basis for entry into nursing homes, and increasingly older residents with higher acuity levels entering nursing homes, but differ in terms of:

- type of classification systems used with different levels of care;
- health care funding administration and distribution;
- panelling versus the CCAC process; and
- cost of care.

Long-Term Care Work: Gender and Rural Effects

Many of the issues that affect rural front-line nursing home workers also affect their urban counterparts. However, in the context of rurality, care work highlights how women who do these jobs are placed in a double jeopardy situation that is unique to their geographic location.

While the existing literature addresses issues that pertain to work in rural long-term care homes, few sources examine the convergence of factors that lead women to work in rural long-term care homes, nor the ways in which the changes in rural communities affect workers in this sector. For front-line workers in long-term care, rural realities include the scarcity of specialist health expertise, an aging work force as younger workers leave rural areas, the increasing acuity of residents that places higher demands for knowledge and skill not easily obtained, and isolation that makes travel, especially in winter, a major factor. As we have outlined above, rural communities are undergoing dramatic economic change but, in many ways, expectations and ideas about women's paid and unpaid work and social roles are far less susceptible to change. The combination of these factors makes work in long-term care an expanding option for rural women, but not always a good one.

Health care is predominantly women's work (Armstrong and Daly 2004). In 2001, 95 percent of Canadian RNs were female (O'Brien-Pallas et al. 2003b; CIHI 2000). The proportion of women who work in long-term care is higher still than the already high level of women working in other health care areas (Armstrong and Jansen 2004). Since providing physical care to others is what women are traditionally associated with in the domestic sphere, it is often assumed that the skills and efforts for this work are simply an extension of what women do naturally. Because of this, many of the demands of care work are undervalued and rendered invisible, even when they endanger worker health and well-being (Armstrong and Jansen 2004).

A study of rural nurses in Alberta helps us to understand what it must be like to work in the rural context there. Many nurses reported that being a nurse in a rural community means you are always on duty. Residents do not hesitate to call a nurse at home in the evening and on weekends, nor do they hesitate to request advice at a community function or shopping location. In rural life, personal and professional boundaries are blurred (Skillen et al. 2002). Nurses talked about the pressure to meet everyone's expectations. They reported contributing their income to pay farm bills and their time to caregiving in their extended family, to assisting their neighbours, to cooking for hired help. Moreover, as rural women, their communities also expected them to volunteer in community activities, and their employers expected more work with fewer resources. A respondent stated: "I have to be a mother. I have to be a wife. I have to be a farm labourer...and then to do the nurse thing as well." Respondents also complained about the vast amount of paper work that they had to do, both for farming and for nursing. A respondent stated: "More and more paperwork and they won't pay us overtime.... I'm so far behind its actually quite pathetic.... I've even thought now am I bordering on depression?'" (Skillen et al. 2002: 17).

In an article pointedly entitled "Burned Out and Tired," Armstrong and Jansen (2004) noted that both long-term care regulations and provincial funding formulas place an emphasis on the rights of residents, with little or no attention paid to the rights of care workers. This is reflected in media reports on long-term care, where albeit important issues, such as abuse of residents by staff, sells

papers, but may distract readers (and taxpayers) from the working conditions behind these incidents. In response to Monique Smith, Parliamentary Assistant to the Minister of Health and Long-term Care, the Canadian Autoworkers Union (2004: 14) agreed elder abuse is an important issue, but emphasized that "we firmly believe that the first priority of public policy addressing elder abuse must be ensuring prevention of such abuse." Care work, and the societal and policy-based assumptions about women in this role, contribute to the creation of a context that is unhealthy. If not acknowledged and corrected, this can lead to unhealthy outcomes, such as abuse.

Cranford et al. (2003) pointed to significant gender differences in precarious employment within the Canadian labour force. As in the United States, overrepresentation of women in part-time, temporary wage work or self-employment reflects their greater responsibilities for unpaid domestic care work. Overall, full-time permanent wage work is less common as the growth in self-employment and temporary wage work continues steadily. Men are still more likely than women to have full-time permanent wage work, leaving women in forms of employment that are most precarious along many dimensions (Cranford et al. 2003).

Statistics Canada reported that 52 percent of health care workers have full-time positions compared with 74 percent of Canadians working in other employment sectors (CIHI 2001; Kane 1999). Due to the lack of legitimacy accorded to part-time work, managers can be reluctant to invest money or time in part-time employees. Consequently, part-time workers continue to be affected by low-paying jobs and minimal opportunity for advancement in most provinces (Kane 1999; Global Action on Aging 2005). Table 3 (Appendix B) highlights the work-force trends of RNs, RPNs and LPNs across Canada. However, it is interesting to note that due to the fact the HCAs/PSWs are not a regulated profession, statistics concerning their employment situation are not formally collected, so the trends and issues that affect them remain ignored in policy development discussions.

A Certified General Accountants Association of Canada report (2005) noted that part-time work is more common in health care than in any other area of work. In the nursing home sector, many part-time or casual employees patch together full-time employment hours by working in more than one nursing home (Armstrong and Jansen 2004; Armstrong and Daly 2004; Pong and Russell 2003). While part-time or temporary work meets the needs of some workers, such jobs are not considered to be "good" jobs for recruiting purposes. Pong and Russell (2003) noted that the casualization of the nursing work force means fewer stable career opportunities, leading fewer high school graduates to choose nursing as a career, and more nurses to leave the profession.

The frequency of part-time and casual work that is a characteristic of this sector may also contribute, in part, to an overwhelming workload. Part-time workers travelling between different homes may carry germs and spread illness to residents (resulting in more work) and staff (resulting in fewer hands to deal with more work) (Armstrong and Daly 2004). Because of a lack of familiarity with the resident or home, part-time and casual workers may be disruptive to an established team or cause additional work for staff more familiar with nursing home policy and procedures (Armstrong and Jansen 2004). Studies have shown that a significant number of RNs working on a casual basis were doing so by choice (O'Brien-Pallas et al. 2003a,b). For

some, part-time work brings a measure of control not possible when working full time, and with it the possibility of working lucrative overtime hours (Health Canada 2002). However, incentives in nursing seem misaligned when nurses choose part-time and casual work as a form of protest against impossible working conditions. Nevertheless, fewer than 50 percent of nurses 25 years of age or younger work on a regular basis. However, 70 percent of rural male RNs reported having full-time jobs compared to 49 percent of rural female RNs (CIHI 2000).

Heavy workloads leave little time to complete tasks and standards are often unmet (CUPE 2000). Armstrong and Daly (2004) found that over 18 percent of their sample of front-line workers was able to complete tasks to established standards less than half the time and 14.3 percent reported that they were never able to complete tasks. When identifying the tasks that were not completed or left undone in a seven-day period, chatting with residents was most frequently *not* done, along with providing emotional support. Walking and exercising residents was *not* done more than half the time, along with foot care and providing support to co-workers. More than 20 percent of the time, turning of residents, bed changing, bathing, room and bathroom cleaning and maintenance, remain *undone*. Referral to outside medical support was often left *undone* and shockingly, 10 percent of the time even feeding was left *undone*!

Health Canada (2002: 1) suggested that one of the root causes of current shortages of nurses at the point of care may be "human resources management issues that make it impossible to maximize the productivity of the nurses who are available to work (i.e., high absenteeism, high overtime, high rate of part-time work, high number of non-nursing tasks, and limited scope of practice)." In a study of over 2,000 unionized nursing homes workers, Armstrong and Daly (2004) found that two thirds were working fewer hours than they wanted, while more than a quarter were working more hours than a usual work week. Clearly, work schedule and workload are important issues for women who work in nursing and particularly in long-term care (CLBC 2002).[4]

Staff stress is known to be a major problem in long-term care homes, but little has been written about the experiences of rural nursing home staff. Rural homes are smaller and have less access to specialized personnel and continuing education programs. Moreover, staff may have decreased mobility and fewer employment opportunities, all of which can contribute to job stress. Staff shortages, overwork and stress are leading contributors to high rates of workplace injury and illness. In 2002, Ontario health care workers were one and a half times more likely to be absent from work due to illness and disability than workers in other sectors (Armstrong and Daly 2004). On average, 7.2 percent of Canadians in full-time health occupations were absent for health reasons each week in 2000, compared to 4.8 percent for all other workers (CIHI 2001). Moreover, 26 percent of lost time and injury rates (LTIs) in the Ontario health care sector were filed by nursing home workers, with overexertion accounting for 59 percent of nursing home LTIs. The top five accidents listed by nursing home workers in Ontario were musculoskeletal injuries, falls, exposure to dangerous substances, being struck by or against equipment and client-inflicted violence (HCHSAO 2003). Cutbacks in psychiatric hospitals and drug addiction centres have also increased the number of violent patients in nursing homes (Armstrong and Jansen 2004; CLAC 2002). An increase in older residents with Alzheimer's disease and related dementias exacerbated this situation. Moreover, despite the research that demonstrates links between high strain jobs and disease and injury, insurance companies often ignore injuries

that cannot be "objectively" measured, clearly linked to the work environment, or that arise out of "unusual circumstances" (Armstrong and Jansen 2004). Stress-related illness is very rarely compensated by worker injury insurance schemes. Yet high stress often manifests itself in physiological ways. Novak and Chappell (1996: 235) reported that "NAs [nursing aides] who care for cognitively impaired patients on the day shift show significantly higher scores on specific stress measures." As a gender issue, migraine headaches, which are reported far more frequently for women than for men in paid work, are sometimes dismissed as a function of biological factors rather than of toxic workplace conditions (Armstrong and Jansen 2004). When combined with other pressures, such as limited control over work or fear about potential job loss, stress can easily result in ill health and injury.

Retention of nurses has recently become an important issue across Canada. Moreover, as an issue for nursing homes, retention is even more significant. Losses due to retirement will have an impact on the long-term care sector more than any other in the near future. Between 36 percent (Quebec) and 49 percent (Alberta and British Columbia) of RNs in long-term care are aged 50 or older (O'Brien-Pallas et al. 2003a). In both Manitoba and Ontario over 40 percent of RNs in long-term care were over 50 in 2001. Some explanations for this include the fact that the Canadian population is itself aging, but there are other factors as well. Registered nurses graduating from training are older than before (Health Canada 2002). There was a significant drop in the number of training seats for RNs entering the profession in Canada in the late 1990s and early 2000s as a result of cutbacks in health care (Health Canada 2002). Significant time will be needed to raise the number of RNs entering the work force, because of this. Moreover, with the general decline of nursing numbers predicted all across the country, rural areas will find it very difficult to compete with urban centres for scarce human resources (Pong and Russell 2003).

Yet despite the shortage of nurses in some provinces, qualified candidates for nursing school have had to wait up to three years before being admitted to a training program (Health Canada 2002). By 2005, Ontario required all new RNs to have a baccalaureate degree in nursing, and there are major concerns that slashed university budgets will not be able to provide training for sufficient numbers of nurses at the baccalaureate level (Pong and Russell 2003).

Once trained, many new RNs seek jobs outside the country where there are more opportunities for full-time work and, in some cases, better salaries (Health Canada 2002; O'Brien-Pallas et al. 2003b). In a 1999 survey, 24.5 percent of hospital RNs under the age of 30 in British Columbia, Alberta and Ontario said they intended to leave nursing within one year (CIHI 2001). While provinces have put incentives in place to attract health workers and keep them in the profession, not all have been fully evaluated. Of incentives that *have* been evaluated, the most effective and successful strategy was "providing a good quality work environment" (CIHI 2001: 42).

Kassner (2004) suggested that "the care workers' frontline role needs to be recognized in service delivery. A better paid and better trained workforce will provide better care…improving the economic and professional status of these workers is likely to improve the quality of care as well." Yet in an environment desperate for physicians, Ontario, through federal support, has been granted funding for a network of rural nurse practitioner programs (Health Canada 2004; Pong and Russell 2003). Following suit, Manitoba has just created a new position for RNs called

extended practice nurses, which downloads to RNs responsibilities formerly under the control of the physician, particularly in long-term care settings. These new positions are seen as providing an opportunity for RNs to fill gaps in health delivery, especially in regions where there are few general practitioners. Although this move may assist isolated rural communities where physicians are scarce, nevertheless, questions arise as to whether this too contributes to professional health care deregulation.

Many rural women return home from nursing jobs to undertake farm responsibilities as well as domestic chores. For health workers who must work split or multiple shifts in rural areas, travelling long distances adds more time (unpaid) and stress to an already long work day (Kassner 2004). Moreover, Thomson et al. (2002) reported that despite working longer and/or harder, many nurses are not satisfied with the level of care they are able to provide and, in particular, they are frustrated by the amount of clerical and other non-nursing activities that take them away from providing patient care. Budget cuts have resulted in support staff shortages, and nurses themselves are now being called upon to order supplies, find staff replacements and assume other tasks for which their training is ill spent. In his address to the Standing Committee on Public Accounts in 2003, Deputy Minister of Health Phil Hassen reported that it is the Ministry's intent to collect information in better ways that will not only lead to the development of individualized care plans, but that will "reduce nursing time spent on documenting and to increase time spent on providing care" (Legislative Assembly of Ontario 2003). Yet research shows that Canadian registered nurses work nearly a quarter of a million hours of overtime every week, much of it unpaid (CLBC 2002). There is also a strong positive correlation between overtime hours and sick time, and overtime is highly predictive of injury rates for nurses (O'Brien-Pallas et al. 2003a,b). Armstrong and Daly (2004: v) stated: "It is clear from the research that has been done on reforms in long-term care that workload is the central issue in both patient care and provider health."

In rural communities, however, the impact of overwork and stress within a nursing home may reflect negatively on more than the individuals who work there. Stress can spread into the community, affecting workers' lives in both the public and private sphere. Armstrong and Jansen (2004) quoted a respondent who had been accosted at her church to account for the care provided to a resident at the home where she worked. This woman was telephoned at home frequently to serve as a counsellor for the relatives of neighbours who needed information about nearby nursing homes.

Pong and Russell (2003) pointed to the absence of documents that explore the workplace issues of rural nursing, despite the fact that these issues are of increasing importance. Although 95 percent of Canada's geography is considered to be rural or remote, only 18 percent of all nurses in Canada are employed in these areas. Because of this, it has been difficult for nurses in rural areas to organize as a collective and to raise awareness of the concerns and issues of rural long-term care (Crooks 2004). Registered Nurses who work in rural and remote areas in Canada tend to have expanded codes of practice, primarily due to the lack of clinical supports or specialized expertise that may be located some distance away. This occurs despite the fact that rural nurses have comparatively lower levels of formal education compared to nurses in urban areas and often fewer resources to draw upon for professional advice (MacLeod et al. 2004; CIHI 2002).

Patient Classification Systems

Although small pockets of money are available to nursing homes through other sources, institutions primarily depend on government funding derived through patient classification (Armstrong and Armstrong 1999). Classification systems, in general, have been around for a very long time. We live in a complex world and often manage this complexity by breaking up experiences into small components with ascribed meanings. The naming of concepts helps us recognize them and communicate this information to others. In early Greece, the Hippocratic school classified diseases in terms of "humors," as opposed to supernatural or magical forces (Gordon 1998). In the mid-1700s, Bossier de Lacroix was the first to classify disease systematically, and even Florence Nightingale delivered a paper about the need for consistent reporting of hospital statistics in the 1860s (Gordon 1998). A vast literature describing classification in health care can be found through research perspectives in leadership and organizational ethics, nurse staffing, standards and management, health informatics, health care funding and accountability systems, to name a few. The keywords "classification" and "health" produce an extensive list of articles that discuss a vast array of tools and instruments developed and tested to measure all aspects of the topic.

It is important to note as well that alternatives to patient classification systems have been suggested and studied. For example, some have urged policy makers to consider developing a formula approach to determining nurse staffing levels that would incorporate multiple variables in addition to patient acuity. Such variables might include RN staff expertise, work intensity, the physical layout of the unit, geographic location, availability of nursing assistants, and other support staff and physicians that might be more conducive to a rural context (Institute of Medicine 2004).

Those who advocate the use of classification systems in health care suggest that these tools enable better diagnoses, more appropriate treatments, quality assurance and cost containment (Hirdes 2000; NINR 1993; Bowker and Leigh Star 1996). However, as it relates to nursing care, classification is a relatively recent tool that coincides with the development of nursing theories and nursing process problem solving, introduced in the mid-20th century (Gordon 1998). While nursing language includes terms with specific and similar meanings in the context of clinical recording, there is no accepted uniform language of nursing practice. This means that in different contexts, information systems or databases, terms related to nursing practice may vary in their interpretation or meaning, even between nurses themselves (NINR 1993). A key informant, a Health Information services manager, captures this concern.

> *I don't think it [a classification system] can ever be [accurate] unless they give us the resources. You have to have coders on site, monitoring...and the only way I know in this facility if I'm doing it right...and my staff are supposed to have the time to do it. ...I need to do a regular audit, even 10 charts a month, that says my staff are coding the same way all the time.*

Finally, the quality of any data system depends on the quality of the data input, and long-term care, with its deluge of forms and facility-specific paperwork combined with heavy workloads,

has a reputation for being notoriously inconsistent and inefficient in its record keeping (NINR 1993).

Although the goals of health care restructuring include cost containment and accountability, very little data are available at the national level on the types and adequacy of services, the service providers and recipients themselves, or on program effectiveness or client outcomes. The lack of high quality, standardized data has been identified as the major barrier to achieving cost-effective planning and management in long-term care (CIHI 2000). Each province has its own way of doing things. While nursing homes exist in every province and territory in Canada, except Nunavut, funding models, services and assessment tools vary significantly (CIHI 2000). British Columbia, Prince Edward Island and Yukon, for example, classify continuing care applicants into five levels of care while Manitoba, New Brunswick and the Northwest Territories use four levels. Nova Scotia classifies patients into two levels of care and Newfoundland and Labrador uses four levels for personal function, two for mental/sensory and four for medical status (CIHI 2000). As the impact of acute care restructuring began to play out, several provinces reviewed their need for better data to inform long-term care planning and responded to this need by introducing new initiatives and case mix systems.

The significant challenge of patient classification systems across Canada has been to find an appropriate tool that can accurately measure residents' needs fairly, while acknowledging the richness of context that exists at the individual resident level as well as at the community, institutional and front-line care provider levels (CLAC 2002). Classification systems organize people's working lives into a number of checklists or indicators into which an individual's health status must be slotted. Forms must be filled in, activities recorded, reports filed. There is little room for context explanation or consideration of unique individual circumstance, as information is forced into categories that often fail to represent accurately an individual's need for care in reality. The overall picture these checklists provide is intended to be client centred, forming the basis for deciding a level of care required by each resident. The information is then sent to the respective provincial ministry authority where any context that remains is stripped from it, reducing the information to a calculation of case mix index (Ontario) or simply to a decision based on available resources or priorities (Manitoba), which ultimately determines the finances provided to the nursing home charged with the task of providing that care to people. In Ontario, the actual classification activity takes place through what at first appears to be only a small number of required forms. On closer inspection, classification is actually drawn from a confluence of information recorded on an amazing number of highly detailed forms, charts and reports, many of which are multi-paged and written in very small print, are provided by various ministries, nursing home management, RHAs, etc. and are routinely completed by front-line staff, nurses, doctors, as well as dietitians, physiotherapists, occupational therapists and other health care practitioners who may work in the nursing home. All the written documentation is channeled into a stream of information from which the primary documents viewed by the classifier are developed.

Armstrong et al. (2002) outlined the restructuring of the health care system in Canada over the past 15 to 20 years that led to new management processes introduced into long-term care. These new management systems were initially designed to redistribute and regulate work within hospitals in the same way they had been intended to do in the private sector. Many health care

workers welcomed the introduction of these management systems thinking that they offered greater independence for workers. Instead, they have seen an increase in workloads through demands for accountability and documentation. Armstrong et al. (1999: 14) argued that the use of classification systems as a central management system is intended to reduce waste by "carefully measuring tasks and needs." This is done by applying formulas to predict care needs, which reduces the human component of care to a number and ignores "the individual needs of women as patients and the individual skills of providers in assessing and meeting these needs." It is clear from the literature that efficiency was one of the motivating factors in the introduction of patient classifications systems.

New patient classification systems, such as the MDS/RAI assessment tool that we discuss below, is a fully computerized system that will require technological infrastructure and fully trained staff, not always available in under-resourced rural regions. This problem may be compounded by the aging long-term care work force, especially if attitudes toward older workers are a barrier to their success in learning to use new technologies (Marshall 2001; Certified General Accountants of Canada 2005), or if training initiatives are not adequately developed to meet their needs. The Institute of Medicine (2004: 162) asserted that, "new health care technologies are advancing rapidly, making it impossible for nurses (and other clinicians) without organizational support to incorporate this information and these technologies into their clinical decision making and practice."

The following sections outline in more detail the patient classification systems in use in nursing homes in Ontario and Manitoba, re-emphasizing the challenges of consistency and accuracy and highlighting what is lost in overlooking the context of rurality.

Ontario: The Alberta System

The long-term care home sector in Ontario now uses a CMI calculation to determine the allocation of funding for nursing homes in Ontario. The index is created from data retrieved through the Levels of Care Classification System which was developed in Alberta between 1985 and 1988 by nurse researchers from the University of Alberta and the University of Oregon (Alberta Hospitals and Medical Care 1988). In 1993, Ontario adopted this classification system (OHC 2000). According to the 1988 report on the development of the Alberta Patient Classification System it was intended to:

- provide a way to group nursing home and auxiliary hospital residents/patients according to their care requirements;
- provide case-mix data that can be used for funding patient care services;
- create data that can also be used for policy and planning purposes; and
- create a tool to use on a voluntary basis that can be used to determine workload and staffing (for nursing and rehabilitation only).

Each year in Ontario, the Ministry of Health and Long-Term Care hires and trains RN or RPN nurse classifiers on contract to go into long-term care homes across the province to review patient documentation in order to classify residents to determine their care needs. Each long-term care home begins the classification process by creating its own document, outlining a care plan

for each resident. The classifiers use this and other documents to determine funding based on eight indicators: eating, toileting, transferring, dressing, the potential for injury, ineffective coping, urinary continence and bowel continence. The categories used are considered to be mutually exclusive, collectively exhaustive, reliable, valid and sufficient in number to explain variation (Botz et al. 1993). The challenge is that classifiers must fit individual patients into one category. Table 4 (Appendix B) shows a sample calculation of a case mix measure and case mix index, and notes the different levels. As mentioned above, the indicators, or categories of care, associated with the Alberta Classification System are intended to provide information about residents' resource requirements. Levels of care range from A (least intensive) to G (most intensive). As indicated earlier, in Ontario nursing homes, most residents fall within the resource intensive categories of E and F, highlighting the significant demand for nursing service. Incorrect classification into these groups can result in nursing homes losing thousands of dollars. These categories are explained in further detail below.

The provincial case mix measure is based on the scores of all residents in the province. The case mix measure of each individual nursing home is then compared to the provincial case mix measure to determine the CMI of the nursing home. A CMI of 100.00 represents a nursing home with average nursing and personal care requirements. A nursing home with a CMI of more than 100.00 indicates a nursing home with a higher proportion of heavy care residents (MHLTC 2001).

As mentioned previously, since the Alberta System was created in 1988 and implemented in 1992 there have been significant changes to the kinds of residents entering long-term care homes. Residents are older and have more acute care conditions. Furthermore, the restructuring of the health care system overall has affected how long-term care is produced and delivered. Nevertheless, the original weightings, based on time spent with certain categories of patient, and the wage relationships between nursing staff and presumably amount of time by particular kinds of staff used, remain exactly as they were in 1986. Alberta Hospitals and Medical Care suggested that this was not the original intention of the Alberta system. In its final report concerning the development of the Alberta Patient Classification system, Alberta Hospitals and Medical Care (1998) asserted:

> The clustering of needs should make sense to the providers of care, allowing them to organize their care around those needs. (This means, of course, that a particular classification system cannot be fixed for all time: even the perfect classification scheme should be revised to reflect advances in the methods of producing and delivering long-term care.

Criticism of the Alberta Classification System is intense. First, the concept itself is flawed in that it represents a relatively constant amount of money that must be distributed among the various homes. Those who benefit from an increase in funding do so at the expense of other homes whose funding is reduced regardless of their need. In some cases, although the level of care for some residents may go up in an institution, the overall CMI rating may go down if the level of care in other homes has risen even more. Second, an evaluation (Pricewaterhouse Coopers 2001) found that the Alberta System does not "fully reflect the resident's medical or health status, required treatments, procedures and medication, nor do they adequately reflect special need areas such as

rehabilitation/restorative care, mental health care or palliative care." The system does not differentiate on the complexity of the activities for daily living (ADLs), is insensitive to clinical issues and uses only average level of care sets as the benchmark for funding (Hirdes 2003). Third, Armstrong and Jansen (2004: 17) suggested that the documentation that feeds in to the patient classification system is overwhelming and inaccurate, rendering the assessment itself inaccurate. For example, a respondent in their study stated "we have people that normally hit all the time so to them it's the norm, so we don't document." However, inconsistent documentation can hurt a facility significantly. In one institution, the CMI was adjusted downward by seven percent, reducing the income for the nursing home by $225,000. Moreover, because the system classifies residents and then provides financial adjustments to nursing homes the following year, the funding provided may not reflect the needs of the individual whose health may have deteriorated. The CAW (2004) stated that the current case mix funding system does not provide automatic adjustment, which would ensure that staffing levels increase concomitantly. Finally, the classification instruments used by hospitals and "gatekeeper" agencies are different and results are not easy to translate to those systems used by nursing homes. This leads to difficulties in interpretation and results in duplication when assessments need to be re-done by facility staff when residents first arrive.

In her report on long-term care in Ontario, Monique Smith (2004), Parliamentary Assistant to the Minister of Health and Long-Term Care stated that "complaints about the current funding process are prevalent throughout the system. We recommend a review of the entire funding system…to establish a model that provides homes with a base level of funding for consistency, while still allowing some flexibility for fluctuating levels of care." Moreover, Smith recognized that "stable, consistent funding should ensure more full-time, resident knowledgeable staff and a consistency of care."

Manitoba: Levels of Care Classification

Manitoba did not follow the same route as Ontario for classifying residents. In Manitoba, client assessments for home-based and long-term care, and subsequent funding to personal care homes, comprises a basic system that has been in use for over 30 years (Manitoba Health 2003b). As a result, the manual assessment forms that the home care program uses are often only loosely linked to the development of client care and service plans, and information from this process is not reliably collected in a standard format that could provide data to aid policy and planning needs (Roos et.al. 2001). As mentioned earlier, the emphasis on community-based care is very strong in Manitoba. Assessment for home care is integrated with assessment for placement into a personal care home to ensure that entry into a nursing home only occurs when personal, community or the program's resources can no longer maintain the individual in her or his home (Manitoba Health 1997).

Each application for placement into a personal care home is "panelled" or assessed by a ministry-appointed assessment panel at the regional level. As noted earlier, this panelling process acts as a "gatekeeper" for residents entering into personal care homes in a similar way to that of the CCAC process in Ontario.

The levels of care patient classification system in use in Manitoba assesses applicants for home care and nursing home care using four basic levels, outlined in Table 5 (Appendix B). Individuals assessed at Level 1, and increasingly at Level 2, will be cared for in their homes with

the assistance of home care workers, most of whom are health care aides/assistants and/or RNs, depending on client requirements. Through the initial assessment panel process, applicants are deemed eligible (or not) for the personal care home program. Accepted applicants are identified as entering the program at one of four care levels. Level of care indicates the degree of dependency on nursing staff time for ADL and basic nursing care to maintain functioning.

Once admitted to a nursing home, residents are supposed to be re-assessed annually in a co-operative manner between regional (RHA) case co-ordinators and the staff of each nursing home who are familiar with the needs of each resident. Together they complete a dependency assessment chart and report. Assessment and re-assessment has three purposes: determine the level of payment from Manitoba Health for proprietary personal care homes, allow non-proprietary personal care homes to budget effectively for staff and determine the appropriateness of resident placements.

As in Ontario, residents in Manitoba also undergo another assessment on admittance to a nursing home, and a formal care plan is required to be set up within 24 hours. Quarterly and annual reviews are undertaken by an RN or nursing home administrator, and these documents assist in determining the levels of care reported to the RHA for funding purposes. However, unlike Ontario, most nursing homes in Manitoba self-assess residents using guidelines, then report the assessments to the RHA where, depending on need and available resources, funding is allocated one year after the levels are reported. Some RHAs also send assessors to work with nursing home administrators on site to assist in the assessment process.

On the Horizon: The Move to the MDS/RAI in Ontario and Manitoba

As noted, several regions in Canada have already adopted, or are considering, the Minimum Data Set/Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) tool for long-term care. In Ontario, this system has been mandated for use in chronic care facilities since 1996 and tied to their funding since 2001. There are rumours that it will be instituted in long-term care shortly. Its use has been mandated in all health regions in Saskatchewan since April 2001. It has been recommended in Alberta, and is in use in seven health regions in British Columbia. The instrument has been endorsed by the Canadian Centre for Policy Alternatives for use in Canada and by the Canadian Institute for Health Information (CIHI) as a national standard appropriate for long-term care settings. The MDS/RAI for long-term care is federally legislated in the United States and Iceland, and used in 17 other countries around the world (CUPE 2001; Millbank Memorial Fund 2003). The system is used for one or more of the following purposes in the 19 countries where it is in place: care planning, nursing home management, needs assessment, policy development, quality improvement and benchmarking, reimbursement, research and service eligibility. Use of the MDS/RAI entails the collection of information about patients/residents based on their psychological, cognitive and medical status, and their activities of daily living needs, which are then differentiated into 44 care levels to determine their level of functioning and individual care needs (CUPE 2001).

Comprehensive user manuals detail item-by-item instructions for using the forms, suggest assessment processes, and outline the procedures for completing resident assessment protocols, as well as techniques for linking assessment date to individualized care planning. As such, it is

claimed that much of the subjectivity inherent in many existing patient classification systems has been removed.

The Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) with the support and funding of Manitoba Health and Health Canada, launched a long-term care initiative in 2001, consisting of both a long-term care delivery model and a funding model project. Should the implementation of MDS 2.0 occur in long-term care, this will mean considerable change in the assessment and classification procedures used in homes, particularly in rural Ontario and Manitoba. A unique aspect of the introduction of RAI assessment tools has been the concomitant development of software, which is an integral component of these tools. This movement toward electronic data systems is *central* to the MDS system documentation. It is speculated, however, that a totally on-line classification system may provide significant challenges for nursing homes located in isolated rural areas and small towns with limited resources, particularly if there are electronic infrastructure, telecommunication and training difficulties as noted earlier. In addition, issues of privacy remain a concern, particularly in small communities where information sharing may amplify challenges to privacy that already exist.

The MDS has been in use in the United States for some time, and criticisms have been documented there (Harris et al. 2003). Those sections of the MDS identified as least accurate include cognitive patterns (Section B), psycho-social well-being (Section F), physical functioning (Section G), skin condition (Section M) and activity pursuit patterns (Section N). Problems with under-reporting have also been noted in the areas of vision, health conditions, pain and falls. Over-reporting problems have been noted in the areas of intravenous medication, intake and output, and physical, occupational and speech therapies. These areas of greatest disagreement for assessment are those that require substantial periods of observation as well as resident or family input to determine an accurate assessment, a requirement that may be difficult to achieve in the current context of long-term care. With increasing acuity levels, and increasing accountability processes in place, there simply is not enough time to document all the required information. When the demand for time becomes overwhelming, reports get summarized and information is lost, or completed later, sometimes inaccurately.

Pulling It All Together

Patient classification systems fail to take into account adequately the variable needs of individuals in similar situations and the significant impact this variation can have on the workload, safety and well-being of both care workers, and the vulnerable people under their care. We argue that patient classification systems organize women's front-line work in nursing homes in troubling ways, and that these systems have consequences in the context of rural long-term care and for the communities they serve. Predominantly, the case we make is that the impact of patient classification systems as they exist today on rural front-line workers is negative, and stems from a series of overlapping factors.

- Overwhelming systems of accountability take valuable time away from patient care and affect staff morale. In rural areas, this is augmented by the difficulties in attracting staff, the multiple roles of rural women, and long distances between work and home that are often

affected by weather conditions that increase the likelihood of absenteeism and overtime/overwork.

- Inconsistencies of reporting affect funding to individual institutions and result in inadequate or inappropriate resources available to provide care. In rural areas that have few physicians or specialists to draw upon, honest reporting can be calculated out of context and punished by reduced funding.

- The classification is undependable in that funding comes one year after assessment and does not account for changes in resident acuity. With few local supports to draw upon to raise alternative funding, this makes it very difficult for long-term planning in rural nursing homes.

- Provincial commitments to make classification systems totally on-line presents challenges for training front-line workers that are augmented by rural telecommunication and infrastructure problems, as well as resident privacy issues.

3. RESEARCH APPROACH

Introduction and Research Questions

Our initial investigations into the structure of long-term care in Ontario and Manitoba and the impact of that structure on front-line workers indicated a highly complex set of interrelated structures, actors, processes and politics, presenting a methodological challenge. It became clear that the intricacies of the system that were emerging required especially sensitive methodological tools and a range of data collection approaches. As our preliminary key informant interviews unfolded in Ontario and Manitoba, the information they provided, our reviews of the literature and discussions with scholars with expertise in long-term care indicated a consistent issue for front-line workers as they provide care and fulfill the requirements of the classification system. The issue was that front-line workers have to engage with a multitude of documents in the course of their work, both day and night. We determined that the most effective way to learn precisely how classification systems affect front-line nursing home workers was to acquire an understanding of how the plethora of documents in use in long-term care homes operate to organize the work carried out there. Key informants, and the literature, highlighted the fact that classification systems are fed by copious amounts of form-filling and accountability structures, and that the forms and texts associated with the classification system are a major (and growing) part of the work done by front-line workers in nursing homes. Our two research questions therefore became:

- How do the texts associated with patient classification systems organize the work that rural front-line workers do?

- What is the impact of patient classification systems on front-line workers in rural nursing homes?

Method of Inquiry: Institutional Ethnography

To understand the relationship between workers and texts qualitatively, we employed institutional ethnography (IE) as our method of inquiry. This approach to empirical inquiry is associated with Canadian social theorist Dorothy Smith (1987, 1999, 2002a,b). A process that links theory and method, IE emphasizes connections between the situations of everyday life, professional practice and policy making. These connections are accomplished through what Smith called "textually-mediated social organization." Initially developed in a feminist context, Smith calls institutional ethnography a method that can produce a sociology *for* women, rather than *about* them. This means that as a method of inquiry it begins in the details of women's lives, and as women describe their daily activities, connections are made to broader policy, economic and institutional processes. The method is ethnographic in that it assembles details of every day life into a coherent institutional array. It is focussed on the political-economic context in which daily life unfolds, and is firmly grounded in the fieldwork study of texts in use.

The research team consulted with Dr. Tim Diamond at the Ontario Institute for Studies in Education (OISE), on the use of IE to address the research problem at hand. Dr. Diamond has worked with Dr. Dorothy Smith and applied the IE approach to his study of aging and health

(Diamond 1992). Other researchers, such as Campbell (2001, 2002) and Janet Rankin (2001) also used IE effectively in their studies of the Canadian health care system.

Defining "Rural" and Choosing the Location

The definition of the term "rural" is a matter of much debate in Canada. DuPlessis et al. (2001) recommended that a "rural and small town" definition be used as a starting point for research, to include those towns and municipalities outside the commuting zone of large urban centres. Under our definition of rural, communities with a population of less than 10,000 are considered if they are more than one hour away from a major urban centre.

We chose to focus on Ontario and Manitoba in order to investigate classification systems in two jurisdictions that use different systems, and in particular, because the aging populations in both provinces are significant. Given the diversity of rural communities in Ontario and Manitoba, we were able to agree that in both provinces the regions and communities that we would focus on would be those that were feeling the impacts of rural restructuring, have significant elderly populations, and were considered rural according to widely used census definitions. Seeking out similarities to make comparison between the provinces more clear, it was decided that the geographic focus in Manitoba would be communities outside of the urban centres of Winnipeg, Brandon and Portage la Prairie with populations under 10,000. The communities we focussed on had agriculture as the dominant economic activity. In Ontario, most of the long-term care homes we investigated were located in southern Ontario, where the majority of long-term care homes are in fact located. Nevertheless, we took steps to include at least one home located in northern Ontario.

People Interviewed

Key Informants
In all we conducted 50 to 60 key informant interviews: more than 19 with individuals in Manitoba-specific organizations, 18 in Ontario-specific organizations and 16 in national organizations. We also conducted interviews with representatives of nursing home administrators, unions, seniors' organizations and health care agencies, as well as health information systems managers, private home operators and consultants. We spoke with key government workers including those employed by the WRHA and those employed with the Ministry of Health and Long-Term Care in Ontario as official classifiers. In Ontario, CCAC workers were also interviewed.

In Manitoba, eight interviews were with RHA staff, representing all five RHAs responsible for co-ordinating long-term care programs in their region. A further 11 interviews were done with home care case co-ordinators (HCCCs). These are nurses, or former nurses, many of whom have career histories including work in care homes, who form the link between the highly integrated home care and the personal care homes in their region. Also at this stage, as we learned about the MDS/RAI classification system trials in the Winnipeg RHA, three interviews were set up and conducted with both relevant administrators in the WRHA and with local program developers and trainers working with the WRHA to test this system in large complex care facilities in the city.

It is important to note that mapping the organization of the classification system required information obtained from people at various points in the process, not only from front-line workers. A list of key informants and their associations can be found in Appendix A.

Front-Line Workers

Engaging front-line workers to participate in the project involved centering our efforts and resources on working closely with a number of front-line staff from several long-term care homes in Ontario and Manitoba to learn how these processes operate and how they organize individual working lives, as well as organizational procedures and practices. Rich data on the detail of front-line care work were obtained from interviews with 32 front-line workers from private and public facilities. These included 24 HCA/PSWs and eight RNs/RPNs.

In Ontario, face-to-face interviews took place privately (without administrators present) with one or two front-line workers at a specific nursing home. In Manitoba, two strategies were used.

- Front-line workers (health care aides) identified through partnership with their unions participated in focus groups held in off-worksite locations in the service hub community within their regional health authority.

- Front-line workers (home care case co-ordinators/nurses) identified through RHA administrators participated either in face-to-face or telephone interviews, depending on schedule restrictions and travel limitations. Some homes were also contacted directly and front-line care workers and nurse administrators were interviewed by telephone.

Unions facilitated many of our contacts with front-line workers in Ontario and Manitoba, and also provided additional information in interviews and access to documentary sources. Initially, in Manitoba only, workers from stand-alone personal care homes, whether proprietary or non-proprietary, were to be included. This restriction was reconsidered as it became clear that most smaller rural communities have personal care homes physically attached to small hospitals or health centres.

Both the labour environment and the geography of rural Manitoba shaped our decision to work through unions to access personal care home front-line workers and engage with them in focus groups. As the vast majority of rural Manitoba's personal care home workers work in unionized, government-owned and/or operated facilities (under service agreements), and given that research access from the RHA administrations had been difficult to obtain, we felt that working through local union representatives and meeting with front-line workers in local non-workplace settings was our best hope of attracting front-line workers to the study.

Data Collection Process

The data collection process consisted of:

- face-to-face interviews with key informants (noted above);
- face-to-face interviews in rural Ontario nursing homes with front-line workers;
- telephone interviews with key informants in Manitoba;

- focus groups and telephone interviews with front-line workers and nursing administrators who work in nursing homes in rural Manitoba; and
- close consideration of many of the "texts" (forms) that organize front-line workers' work.

Between October 2004 and February 2005, four focus groups with front-line workers were conducted by the Manitoba research team. Access was gained, building on Phase 1 key informant interviews, through the assistance of union staff from the SEIU and CUPE. At the request of union contacts and the participants themselves, all Manitoba focus group meetings were conducted off site in local facilities (e.g., community recreation clubs, conference rooms in local hospitals or hotel meeting rooms) that provided participants with a sense of privacy and ensured confidentiality. Three focus groups were located in rural communities (Lundar and Dauphin) and one was conducted in Winnipeg, taking advantage of a union annual general meeting. Interviews and focus groups were either recorded digitally or on tape and were subsequently transcribed.

Using the institutional ethnography method, our data collection process in both Ontario and Manitoba involved the long-term care worker taking a member of the research team through a step-by-step explanation of what work is done from when a new resident arrives at the nursing home to the end of a normal shift, focussing on the documentation process. In addition, at the request of the unions, who in some cases liaised between the researchers and the front-line workers, we organized focus groups where the Manitoba research team worked with a number of front-line workers in a group setting. When possible, forms were obtained from facilities with permission.

Inviting workers to focus on the documents (texts) used at each point in the process, we asked questions that included the following.

- What is the form/document?
- Why is the form/document used?
- Who fills in the form/document?
- How is the form/document filled in?
- Where does the information that is entered on the form/document come from?
- What other forms/documents hold the same information?
- What happens to the form/document once it is filled in?
- Where and how long is the form/document stored?

We then asked respondents to explain any additional documentation they are required to complete on a usual daily, weekly, monthly and if there were any factors that made filling in the forms easier or more difficult. While we found much about the classification system and the work processes that feed into it that were common to urban and rural long-term care homes, as

workers took the researcher through this document-driven process, issues unique to homes in rural areas emerged, and we probed these issues more directly.

This research process resulted in a rich body of information about both patient classification and front-line work. As well as capturing how the process is supposed to work, the research allowed contradictions and points of tension to emerge, as workers shared their frustrations when the process did not work as it apparently should. Therefore, concurrent with learning about how the system works, researchers learned the ways that it does not work, where bottlenecks occur and how the attention to texts demanded of long-term care workers frequently curtails the more caring aspects of the work.

Limitations of the Study

While our methodological decisions about sampling were both practical (in terms of the costs of carrying out the research) and consistent with our reading of the literature, there are a number of limitations circumscribed by our approach. In Manitoba, northern RHAs were not a part of this study, and in Ontario only one home in the north was included. Several complicating factors make northern homes worthy of their own study, including the role of the federal government in personal care home provision and the potentially unique influences of special culturally supported homes, such as those found in Aboriginal and Francophone communities. While we are disappointed that this proved to be beyond the time and resources of this project, a more focussed exploration of the influence of culture on patient classification systems would better represent that perspective and give voice to those unique Canadian communities.

We also decided to restrict the research to communities with secular homes (proprietary or non-proprietary). For both Ontario and Manitoba, it was felt that ethnic or religion-specific homes, because of their role in their communities and the special support networks that are available to them, would complicate the study considerably when trying to determine the effect of restructuring, particularly as it is associated with workplace and workload issues, such as external support and volunteerism. In Manitoba, there is a strong focus in each RHA on placing clients in care homes in their region, if not their own or an adjacent community. Given the social geography of ethnicity in Manitoba, it is very likely that any ethnic or religious identity of a personal care home will match that of the individual. Key informants noted that this is something that clients and their families consider when identifying their preferred choices for placement. While this can influence the length of time on a wait list for placement, the sense of community and connection it creates can significantly influence the environment for care workers as well. We decided that while interesting, the impact of classification systems on these workers is best addressed in another project.

Finally, we did not interview residents in rural nursing homes since the focus of the study was on front-line workers. Too often, these workers are overlooked in evaluations of long-term care policy.

Analysis

Once the data had been transcribed, the research team began the analysis. Following completion of the bulk of the interviews, we drew on the expertise of Dr. Susan Turner, University of

Guelph, to assist us in mapping the processes. Dr. Turner has developed a unique way to show visually (literally, to draw a map of) the relations among workers, service recipients and public participants as they are mediated by the texts that encrypt personal and other information for use by service providers and policy makers in the process of their work (Turner 1995, 2002, 2003). The maps developed in this process are presented in Chapter 4 of this paper.

In IE, "mapping" is done by documenting the text-based processes that describe the work people do. Developing the map collaboratively with others is the analysis. When policy analysts do their work, they often overlook the impacts of variables, such as gender, culture, geographical location and life stage, which are often incorrectly assumed to have no relationship to policy implementation. The maps in IE are created by documenting text-based processes, such as those processes in which the intake forms, the care plan, nurses' notes, quarterly reports, fire drill account sheets, etc. are integral to the work of nursing home care. By doing so, the map sheds light from *within* the processes, making visible the work women are doing — and in the rural context. Thus, the anomalies emerge within those processes that otherwise would appear to be standard or neutral. In our case, we were looking at how forms that make up a patient classification organize the work women front-line workers do. What was made visible in the maps revealed much more.

An anecdote from one research team's meetings indicates the effectiveness of this method. When the first draft of the map was presented to Anita Marcotte, our Manitoba research assistant who has worked for many years in long-term care, her excited response was: "That's exactly how it works, but I couldn't have seen it!" Institutional ethnography has a unique capacity to assemble the work of many people, to show their connections and disconnections, and to reveal those points in a system that could be targeted for attention or change. The maps are included below.

4. HOW CLASSIFICATION SYSTEMS ORGANIZE FRONT-LINE WORKERS' WORK: CLASSIFICATION SYSTEMS AS ACTUAL WORK

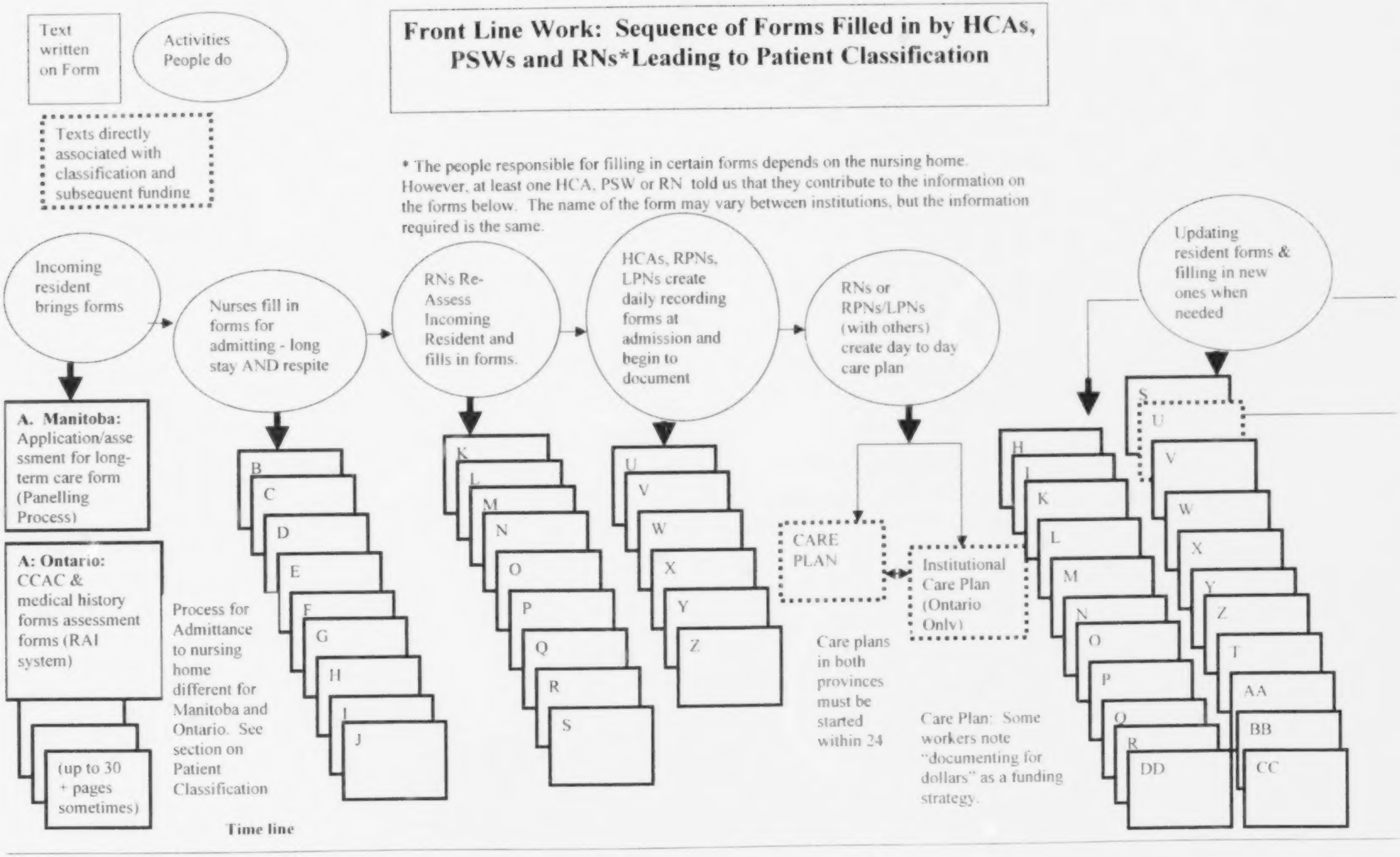
As we suggest in the introduction, classification systems are far from abstract entities disconnected from the everyday work of care in hospitals and chronic care and nursing homes. Rather, we insist that classification systems need to be recognized as co-ordinated sets of activities, carried out by real human beings, and organized by visible and invisible texts (Smith 2002; Turner 2002). As such they comprise the actions of many people in a range of different roles, whose day-to-day work is guided by multiple sets of created, completed, updated and reviewed forms. These create a circular "system" that takes on a life of its own.

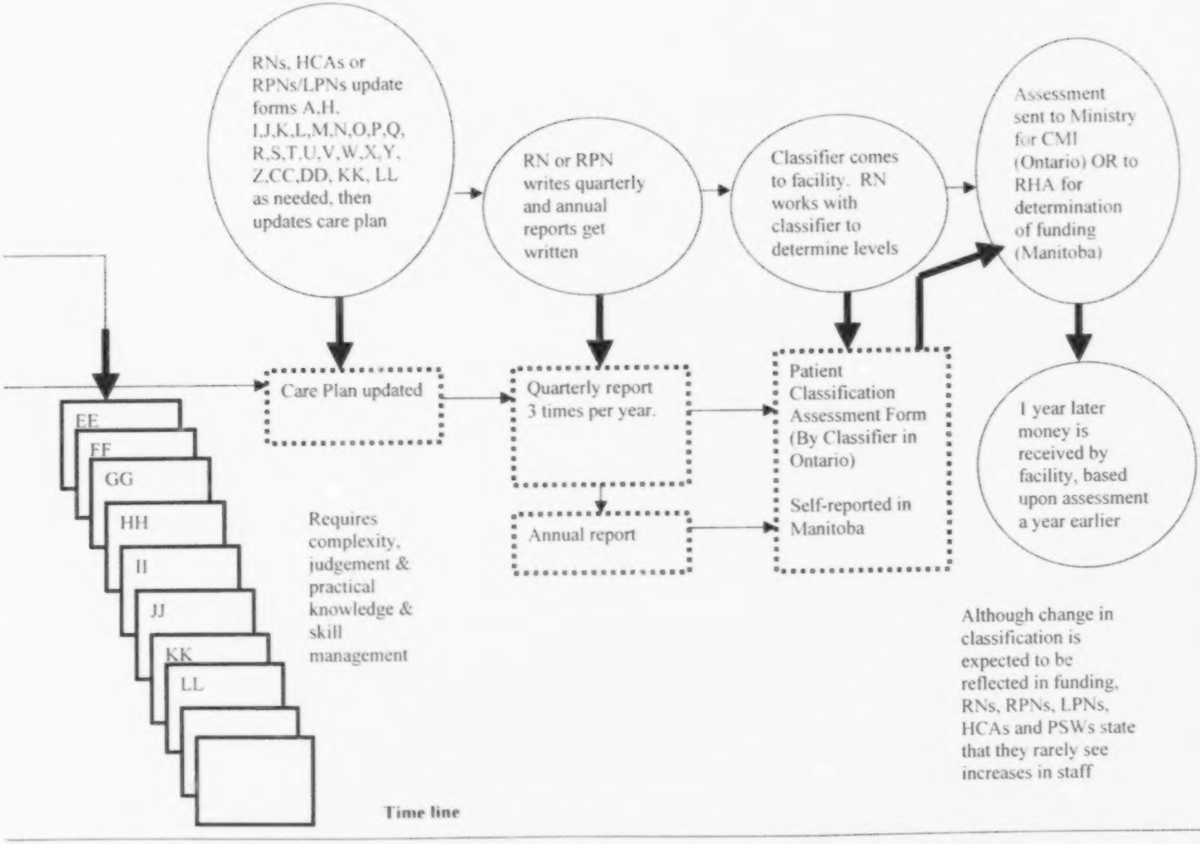
As discussed earlier, in Ontario, an RN or RPN from outside of the facility is contracted and trained by the Ministry of Health and Long-Term Care to classify nursing home patients. She comes to the nursing home and looks at the care plans along with quarterly and annual reports, and uses these documents to classify each resident in the home into a level of care as described in the Alberta Classification System. Following that process, the classifier in Ontario submits to the Ministry her list of resident classifications for that home. Through the Ministry, these classifications are then entered into a formula (the case mix index), and the result of that calculation determines the proportion of the funding that will go to a given nursing home one year later. In Manitoba, care plans are also required by law, but levels of care are usually self-assessed by the facility or assessed in partnership with an RHA representative who comes to the personal care home once a year. However, in Manitoba too, the classification process is done a year in advance of funding. Thus, the funding provided to a nursing home to meet its needs as determined in 2004, is sent to the home in 2005, a year later. However, by that time, many residents will have reached a more deteriorated condition, needing even more care. Administrators and front-line workers alike were critical of this aspect of the system.

> *Somebody comes here and does every resident in the home at the time they are classified. Health and Long-Term [Ministry] recruits people in the industry to go out. So it is registered nurses. They just opened it up to RPNs. They train them, they go through training days in August and then the classification takes place in September to November. They come into the homes and classify everyone. That day that you are classified [the home], that is what your funding is based on for the following year — April of the following year* (Administrator, Ontario).

> *Another thing, I find, is that they only evaluate yearly. And you can have somebody that goes from a level 2 to a level 4 overnight basically, and if it happens that out of your 20 or 30 people you have 10 of these that go to that, well staffing isn't going to change for two years anyway* (HCA, Manitoba).

Front Line Work: Sequence of Forms Filled in by HCAs, PSWs and RNs*Leading to Patient Classification





Index of Forms

- A CCAC & medical history forms, pre-assessment forms (Ontario), A&A forms (paneling – Manitoba)
- B Personal items form
- C Substitute decision making form
- D Family consent to treatment form
- E Family orientation form
- F Account information form
- G Resident contract
- H Information for Dietary form
- I Lab work form
- J Hot weather assessment form
- K Pain assessment form
- L Re-assessment forms & Residential profile
- M Life and transfer assessment form
- N Fall risk form
- O Foot care assessment form
- P Restorative care activation form
- Q Dietary Assessment and referral form
- R Incontinence, bladder & bowel form
- S Weight audit Sheets
- T Unusual Occurrence Form
- U Progress notes
- V Change in doctor's orders
- W Treatment Administration Record (TAR)
- X Physician order form
- Y Flow charts
- Z Medication Administration Record (MAR)
- AA Leaving the premises forms
- BB Coroner information form
- CC Ambulance Transfer Form
- DD Summary audit of all forms
- EE Water filter equipment book
- FF Fire Drill Forms
- GG Worker Compensation Forms
- HH Facility marketing Survey
- II Public Health Outbreak Form
- JJ Work Schedule
- KK Incident report
- LL Other forms required by Ministry

Making the Map

As described earlier, maps developed through IE are created by documenting text-based processes, such as those in which the intake forms, the care plan, nurses' notes, quarterly reports, fire drill account sheets, etc. are integral to the work of nursing home care. The documentation process described below differs in each long-term care home. Our data suggest that many forms are specific to institutions or regions, which collect information in different ways, depending on the needs of the home, the Ministry or the RHA. What remains constant is the astonishing number of forms that (in both provinces) feed in to the quarterly and annual reports.

Figure 1 is the map of how a classification system works within the particular site of the nursing home. A time line runs along the bottom of the page. This time line indicates the forward motion of the resident and worker, both through time and through the ongoing documentation and updating process that takes place during a life within a nursing home. Each document (or in some cases a set of multiple documents) is identified with a letter (A, B, AA, BB, etc.) for which a key exists at the far right side of the map. The map reveals a number of important themes.

- A great deal of paperwork comes with a new resident that has gone through the gatekeeping process (CCAC in Ontario, panelling in Manitoba). These assessments are done differently to those in nursing home/personal care homes, and this paperwork is not easily translated into nursing home classification systems.

- Regardless of the length of stay (short term, respite, etc.), a new assessment involving a significant amount of paperwork is initiated each time the same resident enters the home, which can be several times a month.

- Throughout the days/weeks/months of care, an incredible amount of information is recorded onto forms or reports. Much of this information is duplicated, and often not viewed by anyone again after it is documented and filed.

- All information recorded on the forms related to patient care feeds into the development and maintenance of the care plan (which is the main document reviewed in patient classification) and/or the institutional care plan.

- The presence of two different "care plans" (care plan and institutional plan) suggests the practice of "charting for dollars."

- The documents that feed into the assessment texts are often interpreted by a staff member who does not necessarily provide front-line care to residents (RNs, administrators, etc.).

- In Ontario, and sometimes in Manitoba, the final assessment is determined by someone who does not work at the facility (assessor, RHA representative).

- The assessment results in funding that comes a full year after the process has been completed.

- Many forms that are unique to facilities have been designed, because of liability issues or for the facility's protection, which suggests that workers may not have been adequately trained in all the procedures they are required to perform.

- Forms and documentation that is not relevant to resident care also suggests that, in some cases, front-line workers are being asked to undertake clerical or custodial duties on top of their responsibilities as a way of keeping labour costs down.

In the discussion below we incorporate quotes from front-line workers who participated in our study. Sometimes these quotes are lengthy but we make no apology for this. Rather, we consider this a rare opportunity for the voices of front-line workers, speaking about their work, to be heard by those outside the health care system.

Admitting and Documentation Leading to the Care Plan

Beginning on the left side of the map, A denotes the set of documents the nursing home refers to in preparation for the new resident's admission. These forms come from the gatekeepers who decide if a resident qualifies to enter a nursing home. In Manitoba, these gatekeeper assessments come from an HC co-ordinator who takes them forward to the panelling process. In Ontario, they come through the CCAC. In Ontario, the assessment tool used by the CCAC (Minimum Data Set) is different from that used by nursing homes (Alberta Classification System), which can result in difficulties in communication.

Is there one form that comes from the CCAC?

> *This is the size of it!! Take a look at it. It is 30 pages!* (Administrator, Ontario)
>
> *I think that if they get any more paperwork there, for us, that just cuts down on our time with the residents, which isn't fair. Like, the government is giving us a paper trail as long as a roll of toilet paper* (HCA, Manitoba).

So the paperwork that comes from the CCAC is not necessarily the most recent medical history of the patient?

> *No, and that has been problematic* (Administrator, Ontario).
>
> *Well, the other thing too is that it's the interpretation of the person who's doing the assessment. And so sometimes their interpretation of behaviours is totally different to our interpretation of what a risk might be...when we put all the pieces together it was so clear that we should not have taken him here* (RN, Ontario).

Do you find the panel assessments are accurate?

> *Usually fairly accurate. Sometimes we get them when we find that we are told that they are a lot easier to care for than we find they are when they actually come in...but it takes them a while to settle in anyway.*
> Do you do an assessment after they arrive as well?
> *Yes, more or less* (Nursing assistant, Manitoba).

Could you describe your understanding of the present panelling process used in Manitoba?

> *It varies with every region...and all panels essentially operate the same. It's the same essential criteria that they can get into a personal care home, which is*

> *again a fallacy, because we have many of them that have gotten into a personal care home without even an application filled out* (Manitoba key informant).

Long-term care homes in both Ontario and Manitoba sometimes offer short stays that are called respite or supportive care. A short-stay bed may be used on a temporary basis if a person requires admission as a result of a crisis, or for those who may require or benefit from a short stay in a nursing home, or whose caregiver may need relief for a short time. Documents B through Z are forms that are completed at the time of admission, some immediately, and some later according to ministry guidelines. The 26 forms identified here are completed by a number of different people, and must be completed for both long-term and respite-care residents. In Ontario, we learned that regardless of whether the respite resident is admitted for one night, 20 nights, or once a month, the same number of forms must be filled out each time they arrive, just as they are for a long-term resident.

In Ontario and Manitoba, an RN or RPN usually undertakes yet another nursing home admission assessment of the resident on arrival, calling on other health care providers, such as dietitians and physiotherapists, for input. Much of the assessment covers the same ground as that in the resident's admission documents from the RHA or CCAC.

During the first 24 hours, the health care aides in contact with the new resident keep careful track of the patient's comfort status, noting specifically behaviour, pain, mobility, mental status, and solids and fluids intake and output, among other things. Within the first 24 hours, the resident is also usually assessed by a physician. All of these assessments lead to more documentation, filling in forms, from medication orders, restorative care (physiotherapy or occupational therapy), dietary and other special needs, to do not resuscitate orders and family advocate forms. In addition to the assessment and monitoring and documentation of the resident's medical status, other forms note practical requirements, such as setting up accounts, logging belongings, etc. Despite the clerical nature of these forms, this non-medical documentation is completed by RPNs or HCAs often generated for family members to sign before the resident arrives, or on the day of arrival.

Forms H through Z and BB through DD feed in to the resident's care plan and the institutional care plan.

The Care Plans

The care plan is the name given to a set of documents and narratives that are meant both to inform the workers how to organize their work and to act as a form for standardizing resident care. The care plan is the central text that documents each resident's status, sets out the expectations for how different professional carers will manage care, and effectively regulates the work that carers do from day to day, hour to hour, minute to minute. By law, the care plan documentation must be started within 24 hours of admittance to a nursing home both in Ontario and Manitoba nursing homes. The care plan is also the central document that is reviewed by the ministry or regional assessors, from which the patient classification is determined. However, it was interesting to discover that many nursing homes develop two care plans: one to record information that is relevant to patient classification that will be of use to the assessor, and another, the institutional care plan,

which is a similar document but with greater detail about the resident and the context in which care will be provided. Sometimes, the classifier refers to the institutional care plan, and sometimes not.

Front-line workers in Ontario describe the process of putting together the institutional care plan.

> *When you do their care plan, there is an expansion part. This is your tick sheet. But any behaviours or any special medications or the fact that there have been seizures or whatever, you have to expand it and write it. ...So if this resident was aggressive, frequently angered or verbally aggressive without being provoked and it's ticked there, then you have to expand that. You have to say how they are aggressive, do they slap, do they pinch, do they spit, do they holler, do they kick? You have to identify the behaviour. Then you have to identify what intervention nursing staff do to divert them from that* (HCA, Ontario).

> *The care plan is about 10 pages long. The care plans are set up very similar to what the classifiers use to do their classification. Our sheets [the institutional care plan] go the other way, but the same idea. Almost exact same wording etc., the date that it was updated etc.* (RN, Ontario).

The various documents that make up the care plans of long-term care homes also create new layers of work, because of the need to duplicate documentation. Workers in long-term care homes were documenting in a variety of ways the actual care of the resident, but in some cases we found that there was a facility requirement to create easy to read and computerized forms specifically for the government classifier. We can see how registered and unregistered staff perceive the creation of these texts by the following comment.

> *Big conflict between the care plan and the plan of care [the institutional care plan]. The care plan is basically what we complete based on the resident's need and what you're here for. Very simplified you have time factors on behaviours and ADLs based on policy etc. They don't look at the resident. The classifiers don't look at the patient to see what really needs to be done. The plan of care is really "the person." I have a visual image of you, know what you do in the morning – brush your teeth, comb your hair etc. But when I SEE you I see, oh, you need time to put your earrings on, lipstick and makeup etc. Classifier looks at the number, doesn't understand the resident. ...91 people and one RN – I know their quirks, because I've been here a long time. But there is no place on the form to say this person likes to have their toast on the left, have the light on, etc. There is no way that there is time to document all of these things. That is usually where we get hung up. The care plan is not as focussed as it should be* (RN, Ontario).

Over a calendar year, individual care plans are updated regularly as resident's needs change and other supporting forms are updated or created on their behalf. In Ontario, and often in Manitoba, the director of nursing, the RN manager or sometimes RPNs must write a "quarterly report" for each resident, and at the end of the year they prepare an "annual report." In some Manitoba homes, the RN manager updates care plans every month

> *so they are up to date if the Ministry calls for us to report our levels of care"* (RN, Manitoba).

It is an amazing amount of work. Yet our respondents suggest that the forms and documentation that feed in to the development of the care plan are inaccurate, often duplicated and rarely read.

> *You are constantly doing an orbit around the building. Checking to see that the aides are doing what they should be doing, checking on someone who might be ill etc., covering appointments in and out, communications with staff reporting back to you, or discussing anything with the director of care throughout the day. Any spare time is back into the care plans, because we have so many to do quarterly. So on average every three months you are doing 30 — a third of the building every three months, based solely on when they are admitted into the home. I usually do the annual write-up, because I am usually the one who is in the care conferences. Quarterly updates are usually done by my shadow RN who works on my days off* (RN, Ontario).

So all of this information gets transferred again onto the care plan?

> *Yes. We're forever transferring...duplicating, duplicating, duplicating. And who refers to this? Who's got the time, in all honesty to look at everything, you know you just don't have the time. Except when you're first hired and you go through orientation and do a quick look later...I mean, really it's just insane* (RPN, Ontario).
>
> *But care plans have changed. There is definitely a lot of work that we have to do around them* (RN, Manitoba).

So what you are telling me is that the form is not really useful?

> *Nope. It doesn't hold anybody responsible. There's five minutes at the end of the shift to fill out all those papers. You just follow, you just do it fast, because I want to go home. You don't even know if anyone is paying any attention to that form anyways so it is just — check, check, check, check* (HCA, Manitoba).
>
> *Well, even with the paperwork that we have, I'm noticing more and more they're not being filled in. It's an ADL, what it is taking some daily living, there's little boxes and you check off everything and then you do bowel movements, you do two hour restraints, and more and more there's no time, so those aren't even...they're not being filled in. You could go from the 6th [day of the month] and all of a sudden the 14th is there and nobody's...they don't have time to do it. We don't necessarily have a place to sit and do our books at all* (HCA, Manitoba).

Where do you do your reports? Conference room?

> *We stand up...linen room...or we stand up by a desk. Oh it's very hard. Bells are ringing, you've got people, residents coming, so you're missing a lot of the report 'cause somebody's got to get that bell* (HCA, Manitoba).

It becomes evident that the number of documents requiring daily attention to assemble the care plan is vast. Furthermore, many of these documents require expansion to document specific behaviours that may warrant particular kinds of attention. Nursing homes juggle forms that are common across health authorities or private companies, and develop their own that they consider to be more user-friendly and responsive to the immediate needs of residents and caregivers. On top of these, they pull together quarterly and sometimes monthly reports. These documents feed into the process of classification, as they are consulted for the purpose of determining the level of care each resident needs.

In the everyday rhythm of the nursing home, workers perpetuate the system through constant documentation of every step of the care of a resident. Moreover, this documentation takes a significant amount of time in the course of their work day and actually controls the time they have available for other aspects of their job. Although the process differs slightly between Manitoba and Ontario with respect to who completes forms, routine categories of forms cover a wide range of incidents and activities. They include forms that record bodily functions and a resident's changing capacity for independent self-care, forms that confirm if and how a nurse provides care, forms that record when a resident hits them, and forms that adhere to municipal policies. On the map, all but the last group of forms feed into the care plan, and ultimately becomes the basis for patient classification.

Respondents were very clear in pointing out to us that documentation requirements have proliferated in recent years, and are an increasing drain on their time.

> *You don't recognize how many forms you use until you talk about it* (RN, Ontario).

> *Yes, everything is a form!!* (Administrator, Ontario).

> *God forbid if the paperwork keeps escalating like it is and nursing care, hands on care is declining the way it is, really, you know* (RPN, Ontario).

The Work of Classification: "You See, Charting Is Classification"

In Manitoba, regular re-assessment of a resident is done within the home by the RN or LPN, sometimes with input from the HCA. For the most part, it appears that HCAs in Ontario are more involved in documenting than are their counterparts in Manitoba. In Ontario, a classifier comes into the nursing home to assign a level of care to each resident. In Manitoba, the nursing homes themselves (usually the administrator or RN manager) assess the level of care of residents based on guidelines, and then report it to their local RHA. Only one Manitoba home reported that a representative from the RHA had assisted them in this task. In Ontario, the classification process takes place in the nursing home, but the location is only for the convenience of assembling the documentation. Classifiers do not necessarily visit the residents, and often do not speak to the front-line workers who provide direct resident care.

> *First off, the classification is a documentation-based system. They are only looking at documentation strictly. That's what the classifiers have to write down*

this information and code on. Once they have all the information they'll look at their...they have guidelines and definitions that they have to follow so they'll look at each of the ADLs. Under eating they might have a complete feed, so they know that is a code 4, so they'll code a 4 there. Now under toileting they might have two different levels [listed in the nursing home documentation]. It might say, don't leave him alone, and the other says you just have to remind him to go. They [the classifier] don't know which it is. They don't know the resident. They don't know the facility. They don't make that call, but they've found documentation to support two different levels, so then they go to the staff and they do what they call a verification. They'll say to the staff, for Mr. So-and-So, under toileting, is he a 1, you know, remind him to go to the bathroom, or is he a 3, you know, constant. And then the staff might say 1 or 3, and whatever they say, at that point they'll code.

How often do you think classifiers talk to PSWs?

Not very often. Sometimes an RN will bring a PSW in with them, but generally it's not often, it's very seldom that you actually deal with them. For some reason...and we say quite clearly we want the person who does know the resident, who cares for them, but they don't want to bring the PSWs in all that often. I don't know quite the reason behind that, they're afraid they don't know, or what they'll say, I'm not too sure. And then they'll ask them, like I say, and whatever they say....[is documented] (Inter-rater reliability tester/trainer, Ontario key informant).

I work in two different personal care homes and I can see two different residents that are almost exactly the same. In one care home, the resident is a Level 4 and in another care home she is a Level 2. And I'm saying "wait a minute here....something's wrong. How can it possibly be that one is a Level 2 and the other's a Level 4"? Well in one personal care home that I work if a resident is incontinent twice that month it is charted that she was incontinent and so that is placed on that chart to deem what level the resident is. In the other care home it only happened once, we are not putting it down, it only happened once or twice and we won't worry about it. Maybe it wasn't reported, and it wasn't charted, so now it differs whether they are Level 2, Level 3 or Level 4.... It is very frustrating, very (HCA, Manitoba).

Some respondents in Ontario suggested that the classification process encourages homes to "document for dollars" and to perceive what could be a very occasional event as something notable to maximize funding. This is also referred to as "gaming." Front-line workers are very much aware of the tendency — and indeed sometimes the requirement — to "document for dollars" to increase the funding allocated to their facility. In some cases, front-line workers are forbidden to enter text into the care plan, a role that is carried out by only the director of nursing or head RN. This points to the inherent capacity of the classification system to be manipulated and interpreted from facility to facility and raises questions about the consistency of what is being documented and how, and of interpretation among nursing homes.

The practice of gaming is not considered unethical, but rather the patient classification encourages front-line workers to think about the care and time they spend with residents in terms of the coding categories that eventually determine the level of funding that will be given to a nursing home. Therefore, it is in the facility's best interest to ensure that the maximum efforts of nursing care are recorded. Others, in both provinces, see this practice as "playing the system" and insist that they do not always document thoroughly on purpose, even though they realize that this affects the facility funding.

> *This was the person trying to teach these people [our staff] that, listen, this is what we have to know, because they [our staff] would say, "oh no, the person is not incontinent" meanwhile they were, because three out of four times they were wet. But because it didn't happen to this person [regularly] [the staff member would say] "oh no, they're not incontinent" so you wouldn't get the extra points, right? But the workload was there. A lot of our problem was that, they [the residents] were not being properly assessed, because, of course, the RN [who talks to the classifier] is not with them as the front-line girls are. So they've really tried to work on that to try to bring up the assessment* (HCA, Ontario).

> *I mean you can have 3s that are pretty shaky 3s and you can have 4s that really shouldn't be 4s kind of thing, but we don't say anything because the 4s are better* (HCA, Manitoba).

> *It [the classification] is not accurate at all. Actually all it is, there is only one pot of money. It is a way of dividing up the pot of money is all it is. The interesting thing is that they [the classifiers] never see a resident. It's all based on your documentation. So if you have poor documentation you lose out. So that is why we do so many...it is called "charting for the dollars" because it all depends on how you chart and what you have available for them [the classifiers] to see. If you are charting that somebody needs to be attended every 10 minutes, that is worth so much, but if it is happening and it is not in here [your care plan]...then you lose out* (Administrator, Ontario).

> *You see, charting is classification. They're so intermixed that you can't really pull it out. You can ...if you document for dollars, you can pull it out, and you can say: if a resident has been incontinent once throughout the year then they're "incontinent sometimes" [on the form]. For us to write that that resident would be incontinent on a care plan, we don't believe would be in the best interests of that resident or the person providing care...so we don't get money for that* (Administrator, Ontario).

However, classifiers rely primarily on the documents created by front-line workers, but rarely seek out the advice of those who actually deal with residents on a day-to-day basis. In almost all cases, the assessor works with the charge RN or director of nurses to interpret the documentation. Thus, the context of the individual home and the individual resident may be lost. Yet in nursing home care, context can be everything. For example, one respondent noted that the home where she worked had endured a period of construction, to which she attributed an increase in "behaviours"

that required extra nursing care as residents were disturbed by noise and disruption. Patient classification does not take context into consideration.

In Manitoba, it might appear that gaming would be much less of an issue, since nursing administrators self-report care levels to the RHA. Because of this fact, one might think that facilities are better able to adjust their reporting to account for the mental demands on caregivers, as well as the increasing physical demands. However, despite reporting the increasing care requirement levels of seniors entering personal care homes, and the subsequent need to provide more care, Manitoba front-line care workers tell us that staffing levels never seem to change.

> *I believe that we are getting more and more people that are at Level 3. People are now staying at home longer, we are getting more in at Level 3, but the staffing has not changed. It's still the same, and that's the problem, they're not recognizing that* (HCA, Manitoba).

> *It's just…the whole process is so backward (laughs). 'Cause you know, you never get lighter people. Like, you hardly ever get lighter people. So…as the years have gone by the care, the levels of care that end up in the nursing homes have gone up so high and yet the staffing has not ever been proportionate, never* (HCA, Manitoba).

Documentation Not Directly Related to Care

In addition to the many forms and documentation that feed into the care plan, front-line workers and senior nurses have a significant number of forms to complete in their day-to-day work that are not directly related to resident care. These are indicated on the map as forms B, C, D, E, F, G, J, AA, CC, DD, EE, FF, GG, HH, JJ and LL. Much of this growing volume of work derives from the raised profile of long-term care issues, and the often sensationalist [albeit important] media coverage generated by accusations of abuse, violence or neglect, along with attempts of ministries and individual home administrators to avoid such negative publicity. Some of this documentation also stems from growing concerns about liability issues and links self-protection to every aspect of the home's day-to-day documentation and procedures.

> *Once a month each shift has to do a fire drill and this form has just changed.*

That is an RPN?

> *Registered staff have to conduct a fire drill. …Now that is a form three pages long that we have to fill it out when there is a fire drill* (RPN, Ontario).

> *Well, say someone splashed a chemical on you, we have to know WHIMIS [Workplace Hazardous Materials Information System] and it is reviewed annually, and it is kept in our chart in the personnel file. We have WHIMIS data sheets on each chemical. And now even hairspray that our hairdresser uses we have to have data sheets on that, we use PineSol® in our cleaning department we have to have a data sheet on that…we can't just go and buy a new product like*

> *Fantastic® or something and bring it in and try it now, without having the data sheet. Or if the inspector walked in you could be fined* (HCA, Ontario).

As a consequence of growing attention to liability, homes carefully monitor their use of such things as chemicals — as cleaning agents, as well as cosmetics and hair care products, they monitor their fire drill and infectious disease containment procedures, they monitor resident's capacity for leaving the premises. Moreover, in several areas of rural Southern Ontario one job of nursing staff on each shift is the custodial responsibility to test the quality of the water supply, in an effort to avoid an outbreak of a contagious water-borne bacterial infection, such as E. coli. Front-line workers are usually not trained to interpret water quality, or to recognize toxins or contaminants. Thus, documentation of aspects of nursing homes that lie outside of direct care of residents reflects, perhaps, the fear of an error occurring when labour saving strategies result in front-line workers performing duties for which they may be inadequately trained.

"Invisible" Texts that Organize Front-Line Workers' Work

Many additional texts organize the work of the front-line workers without their being aware that this is occurring. For example, the Ministry classifier in Ontario was at pains to explain that the care plan is a piece of documentation legislated by the College of Nurses.

> *The College of Nurses has documentation standards that we have to have, we have to do, it requires that we have specific information on the care plan for this resident's care, that we identify the behaviours, and the interventions for them. If anything happens, the standard is that we should have an incidental note as close as possible to the incident as it occurred. The College has all the standards there. Classification doesn't require anything more than what the standard does, except for the time spent for interventions and the frequency of interventions for behaviours. Otherwise all the stuff that we collect is already supposed to be, like, we're supposed to be doing that for our licence. It has to be there. It's been required for years, and should be there, other than the time and the frequency of interventions for behaviours* (Ministry trainer, Ontario).

While registered nurses and RPNs undergo training in standardized procedure, HCAs and PSWs who provide front-line care as unregulated professionals have not had the benefit of this guidance.

Another text regulating front-line work is the union contract. It determines the number of hours of work per week that deems a worker full time rather than part time. Depending on whether there are benefits for part-time workers, this may determine the number of full-time positions in a nursing home. The contract outlines management rights and whether a union committee has the right to meet with management about outstanding issues. It also sets out seniority rights and rates of pay. It outlines the shift schedules and, often, whether shifts are allocated according to seniority. The contract outlines vacation schedules and health and safety meetings. It may also set out workers' rights under other employment legislation, such as the human rights code.

5. FRONT LINE CARE WORKERS AND CLASSIFICATION IN THE RURAL CONTEXT

As we listened to women front-line care providers working in rural nursing homes, we heard them describe the impacts of location on their work and families that are associated with patient classification. The connection between rurality and patient classification systems can be summarized as follows.

- Rural labour shortages contribute to inaccurate documentation when nursing staff must work overtime or work understaffed. There is no time to document, there is no time to reflect after the fact, and an exhausted human being's first priority is not to update a form, but to go home to sleep.

- Long distances between rural centres augment this problem, particularly in winter when the weather affects rates of absenteeism, or causes serious transportation issues that lead to absenteeism or injury.

- The lack of medical expertise in rural communities means unqualified people must assume responsibility beyond their knowledge, augmented by the lack of specialized services or facilities where residents who require critical care can be transferred. This also contributes to inaccurate documentation and greater, undocumented (and therefore unfunded) demands on labour.

- An aging work force resulting from the trends of youth out-migration in rural communities results in lower rates of absenteeism, but higher rates of injury from repetitive strain. There are fewer health care specialists in rural areas to provide injured workers with back care. This results in higher rates of repetitive strain injury that can affect safety (and the number of incident/injury reports) and might affect the assessment of levels of care if workers cannot provide care, because they need to slow down. It will also increase the cost of disability management in a facility.

- An aging rural work force requires special considerations when transferring to computerized systems. Training programs need to focus on accommodating older workers. As the patient classification system comes on-line, it will be extremely important to train rural front-line workers to enter data consistently, to maintain privacy and, in light of scarce resources, to be able to problem solve with the technology equipment and software.

- Rural front-line workers tend to know their residents more thoroughly than urban workers, because they have grown up with them. This may have implications for urban–rural comparisons associated with consistency in assessment.

- When urban residents who require more critical care attention are temporarily placed in rural facilities as "crisis overflow," they may not be accounted for in the assessment. One year delays in funding will not adequately provide support for their care if acuity levels rise.

Although there is much in common between urban and rural nursing homes in terms of the work that has to be done, including the work required by the classification system, there are notable differences. First, rural nursing homes operate in a context that provides a set of conditions for the organization and administration of long-term care that is different from urban conditions. These include the effects of distance and of the relatively fewer resources in the broader rural community. Second, the exercise of specific tasks pertaining to the classification systems themselves take a different slant in the rural context, because of the nature of social relationships in rural communities and thus inside nursing homes. This includes the impact of geography-related absenteeism, lack of worker health support, technology infrastructure challenges and a greater knowledge of the rural resident. Third, the particular nature of the rural labour market has a specific impact on staffing in rural nursing homes. This includes labour availability, lower wages, an aging work force and training challenges. These factors both necessarily intersect to create the rural context for long-term care work.

A growing literature argues that women's roles in rural Canadian communities remain more deeply entrenched in traditional expectations and less affected by shifts in ideas about gender than women's roles in urban centres (Leach 1999; Carbert 1995). This is not to deny that women are making change for women and girls in their communities along a number of lines, and that feminism is very much a part of that and having an impact (Mackenzie 1995), but it recognizes that in a number of respects, traditional ideas about women and men's roles are difficult to dislodge, and that these deeply engrained ideas affect women's ability to participate in their communities in certain ways. These ideas form the backdrop against which women perform the institutionalized work of care. Jobs in care work, along with teaching and serving, have always represented acceptable jobs for women, since they tend to be associated with and to extend women's "natural" abilities for caring for others. Thus, there is a convenient "fit" in rural communities in Canada between the expansion of nursing homes and traditional work roles for women (Leach 1999). In both rural Manitoba and Ontario, jobs in long-term care are often the best jobs in town for women.

> *In our case, we don't have any problems and that's because, well, obviously we pay more. We pay our staff very well. Our RNs are at hospital parity. And when you take a look in and around this particular geographic area...where else can a woman get a job and make as much money* (Administrator, Ontario).

> *And this is where your geography comes into it. When you get up to [town name] where there's the hospital, facilities and the Co-op that actually pay above minimum wage, there are people there for the pay cheque. So, you can imagine what kind of care these people are getting. I mean that's, this is not a job you should be doing if you don't like it! And I think in your rural areas you're going to find that a fair bit. And then you're also stuck in the sense that, well, you don't get...there aren't* ***enough*** *people, there aren't enough people doing this and you're "oh we came to visit" and you're scrambling and switching shifts, to cover the shifts so that three of us could be away [for their union meeting]. Yeah...and it's just a kind of an ongoing problem. And like _______ said, we've talked about this, we've got daughters that are 23, and there's no way in hell we'd ever encourage them to go into health care (laughter)* (HCA, Manitoba).

> *In Toronto, the work force is Filipino and West Indian, residents are from different ethnic groups and people are not from the same community. At provincial gatherings, the visible minorities come from larger centres. In smaller centres, you never see visible minorities; don't see them at workplace either. It is fair to say there is less variation in wage levels, but it is harder to make a go of it on $15 in Toronto than in Southampton. Accommodation is more expensive in Toronto* (Union representative, Ontario).

We contend that the expansion of long-term care facilities in rural communities builds on existing ideas about gender and work, at the same time providing women with what appear to be flexible work options. Overall, the shape of the labour market in the rural context — in terms of gender, age, citizenship and skill levels — affects the availability of labour for long-term care, as we discuss in more detail below.

The Difference Geography and Resources Make

In rural communities in Ontario and Manitoba, weather and distance can impact on labour shortages. This translates into challenges for documenting and form filling.

> *It does make a difference. Weather. Wintertime is really bad at times for us. A lot of people want to stay in the city to work, they don't want to live in the rural areas. I travel 45 minutes to get to work. A lot of people who work in the facilities are farm people...wives who are nurses who have married into a farming family. To get to Winnipeg it's a two hour drive, if you want to go to the theatre or something like that* (RN, Manitoba).

> *Our CEO is going to colleges and universities trying to recruit. They are on the go steady. ...Our director of nurses is all expense paid, travelling, food, all that.*

I understand she commutes quite a distance.

> *Yes, from _____. It is financially worth it for her, but emotionally...it's not. That's the problem 'cause her family is there. I mean if somebody who is starting with a young family and wants to raise children here, there is nothing. My oldest is 25.... I have one left at home that can't wait to get out of here* (RPN, Ontario).

In very general terms, rural nursing homes operate with access to fewer resources than their urban counterparts. Specialized medical and ancillary services are usually available only at a distance, thus nursing staff have to take responsibility for things that in cities would be the responsibility of physicians. While on the positive side this can enrich the job of nursing home care for nursing staff, allowing nurses to make significant decisions about those in their care, it also adds to the stress of their jobs, and the extra responsibility is not recognized in terms of pay. Relative isolation means emergency services may take a considerable time to arrive, thus nursing staff learn to make do with what is available, and not to depend on specialized assistance. We were told that in a nursing home in rural Manitoba an occupational therapist and a dietary consultant were on site about once every two weeks, and another noted that their social worker had just left her one-day per week job and the position was not being filled. Furthermore, when

nurses get injured, or experience the effects of repetitive strain, there are few supports available to assist them with their own health.

Another weather-related problem reported to us included ambulances getting stuck en route to the home. We heard about nurses and other staff not arriving for scheduled shifts when roads are closed. This means those already there work two or even three back-to-back shifts, an issue we explore further below. During the winter especially, residents may find it impossible to leave the home, even to get out into the garden.

> *Maybe the ambulance isn't going to be there in two minutes, or firemen or police... maybe the fire and police 'cause they're closer to us. We're more isolated and weather related. We are really at a disadvantage in the rural setting, because we don't have the availability of quick response services in blizzard-like conditions. We just don't have the facilities that city people do. If our car is stuck in the ditch, we haven't got a bus to take and that kind of stuff. We have a long laneway in our facility. We've had times when ambulances have been stuck in our laneway or ice storms, that kind of stuff where you don't have the availability of quick response or a snow plough to help out* (RPN, Ontario).

> *Or being able to walk to work. Like if you live in the smaller city you can walk in the blizzard, but if the roads are closed rurally, some people end up doing two or three shifts of overtime because people can't get in* (HCA, Ontario).

On the other hand, nurses pointed out that in warmer weather, residents can benefit from the more spacious grounds of a rural home.

> *Fresh air (laughs). Our residents go outside quite a bit and activity workers take them out in the handi-van — we have handi-van service. And they'll take them out for country drives. Nice scenery, looking at farm lands. They'll come back and talk about where they grew up or farming, or times of the year or seasons — things like that* (RN, Manitoba).

> *In the winter...it can be a detriment. But it [living in a rural area] is a plus for us guys. We have a large property for our nursing home* (RPN, Ontario).

Rural homes often cater to locals who want to stay in the communities where they have lived their lives. However, due to trends in youth out-migration, it is also common for such people to be without relatives in close proximity. Physical isolation of rural homes leads, in some cases, to the isolation of residents, especially if their families are at a distance. In these cases, nurses and others reported that the intimacy of rural communities helped a lot, as people visiting their own relatives often take the time to visit with other residents, who are people they knew from living in the community together. Many nursing staff felt that residents received a more personalized form of care in the homes, partly because they may already be known to staff. It was felt that staff were comfortable taking residents out of the home for picnics and to local restaurants. This was something they did not expect to find in urban homes.

If we juxtapose Toronto to rural Ontario, the first thing you notice is there is not the same sense of coming from community in Metro Toronto. The work force in Toronto may be first generation and the work in nursing homes is less valued and seen as entry-level work to prepare for the work market. You don't get the same sense in small communities in rural Ontario. Work is seen as part of the work of community...caring for other members of community.. maybe people you've grown up with (Union representative, Ontario).

However, as in the urban context, not all rural communities relate in the same way, and some front-line workers painted a very different picture of rural relationships. A Manitoba RN noted that most of the residents had grown up in the community alongside the care providers. This provided a more thorough knowledge and understanding of the resident and her life that became especially important if the resident's family lived far away.

No, the few volunteers that we have are very, very good. But we don't have a lot of volunteers. And some of our residents have no family, we are their family. And there are some families that live a distance — so they may only come out a few times a year, like at birthdays or Christmas (HCA, Ontario).

In a rural area, you often get more family support (Administrator, Ontario).

You'd think in a small town there'd be lots of family contact. Well, it's the opposite. Yes, stop, drop and roll. A lot of them here don't see their family. They're from the community. This is a big money town. So what happens is that they are marrying or having babies young — big money. And then the sandwich generation. The kids walk to school, they place mom and dad and then they're gone. No. So it's overwhelming for us. I mean we're their family (RPN, Ontario).

The trend of people moving into rural communities explicitly for retirement has brought its own set of issues. This phenomenon seems to be more common in Ontario than in Manitoba, most likely as a result of the different form that rurality takes in the two provinces. In southern Ontario, it is possible to move to a rural community that is still relatively close to an urban centre. Residents who made this choice were automatically at a distance from family members and friends.

The pressure on capacity in the urban setting resulted in urban residents being placed in rural homes as a crisis care measure. When urban nursing homes are full and unable to take any more residents at a particular level of care, especially the higher levels where a resident requires more intensive assistance, a rural home with extra capacity may be pressured to take this person. In this case, the move to the rural setting is involuntary, bringing other sets of problems. A major one is to raise the immediate demands on the home, and thus the immediate requirement for more nursing hours (Armstrong and Armstrong 1999). Patient classification systems, whose assessments result in funding adjustments a whole year later, have not accounted for the rise in acuity that urban crisis placement may have produced. Moreover, the social effects of this strategy — bringing someone into an unfamiliar rural environment away from familial and

friendship networks — are also significant for the work involved in their care and may contribute to creating higher-level care needs.

Rural nursing homes operate in a context that often lacks things taken for granted in urban homes. This has direct consequences in the form of less access to specialized social services and medical resources, but it has indirect consequences for the operation of classification systems. The direction of classification systems for the future (MDS/RAI) relies on the full computerization of nursing homes. Proponents of classification systems anticipate that computer stations will be located in individual resident's rooms, so care information can be entered into Web-based forms, and submitted automatically to regional and provincial agencies. At present, rural nursing home access to computers is limited to one or perhaps two PCs, which are not networked. They are usually located in the office of the director, and often have only dial-up Internet access.

If all the forms that you need to fill in had to be done on the computer from now on, would you have any concerns?

> *Yes. It is time consuming, as much as it is on paperwork. A lot of people don't have computers here to work on to know how to do it properly. It's a training program that would have to be done.*

And what about the connections? Are you on the Internet at all?

> *Yes, it's dial-up service still and in the surrounding area it is high-speed Internet. They are just about to put in a new system for our computers so that all of our computers will be on the Internet. We only have the one computer that is, and for me to do anything on it I have to send it to my home computer, then draw it up on another computer* (RN, Manitoba).

In the rural context, then, the exigencies of classification systems play out alongside factors that are much less significant in urban areas. We contend that classification systems are designed for urban geography and urban social relations. The social aspects of rural life are not well accommodated when a classification system fails to recognize social interactions that are not simply care related, but contain elements of long-standing community relationships as well. Moreover, geographical distance, identified as a major issue for rural women more generally, exacerbates tight staffing situations and makes those who work in rural long-term care homes either more self-reliant in terms of specialized skills and forms of care, or resigned to its inaccessibility.

Long-Term Care Staffing Issues in Rural Communities: "I Will Go from Working Here to Living Here"

Our findings concerning staffing issues in rural nursing homes are consistent with much of the literature on rural nursing and health care issues more generally. In this section, we set out those we consider most critical in terms of how they intersect with the effects of the classification process and its funding consequences for staffing levels.

The Aging Rural Work Force

One of the most serious problems facing long-term care institutions in rural communities is that the work force is aging. We heard that most of the homes in rural Manitoba had a significant number of care workers over the age of 40, many of whom had been at their same job for many years.

> *I've worked construction and I've never been so tired as I have working in a nursing home. And I shovelled cement all day when I was, went out and did other things. But working in a nursing home is very stressful. I don't know, maybe I speak for myself, but I've got to go home and have a nap and I've never done that and I've always worked two jobs! I'm just getting older... (laughter!) I've just finished working five jobs.... I work one job now and it's like, I get home and I [makes sleep motion] for a couple of hours. It's the stress. Emotionally, physically and mentally it is very stressful; very, very stressful. Especially when you have kids* (HCA, Manitoba).
>
> *My guy tells me that I will go from working here to living here.*

Does that have implications for your work with respect to maybe more back injuries or anything like that?

> *Oh most definitely.... We have two full-time nurses off right now. I don't think they are ever coming back.*

Because they have hurt themselves?

> *Yes, all the rest of us are going to physio when we come in. We have to line up like cattle, it's insane* (RPN, Ontario).
>
> *We still have people that lift residents. One of my girls hurt herself; she still lifts people up. I do not lift anybody manually any more.... Wait till they have been there 20 years and they can't walk any more on certain days* (HCA, Manitoba).

Associated in some ways with the overall aging of rural communities, in the long-term care work force, aging takes on particular dimensions. It was identified to us as a major issue by almost everyone we spoke to, and has multiple causes and implications. We suggest that one reason for the aging of the long-term care work force is that this kind of work was attractive to earlier generations of rural women, for whom options were restricted. More recently, as younger women internalize the lessons of feminism and push the boundaries of their own and their families' expectations for them, their options have expanded. Thus, the population of women who in previous times would have chosen this kind of work, no longer see it as a choice, as they survey alternative opportunities, many of them less closely gender linked. The overall nature of the labour market, in rural and urban contexts, affects the availability of labour for long-term care. Of course, a part of this issue relates to the relentless out-migration of young rural people in search of further education and wider employment options. A consequence of this is that rural nursing homes have considerable difficulty recruiting workers, at all educational levels. An Ontario ministry classifier described the problem.

> *I know people that worked in homes for 30 years and they're still there. Sometimes, it's hard to convince some people maybe about where you need nurses but there just isn't anybody around in the rural area. And most definitely up north is an issue, a huge issue up there. Not too many want to go live up there.*

A Manitoba RN noted that it was very difficult finding professional nurses in her area, partly because as new health care jobs were being developed, nurses were moving into jobs where they could do something different than provide direct care.

Long-term care work contributes to the growth of precarious work that is identified in much of the literature on women and work. For long-term care, this means the proliferation of part-time and casualized positions without job security or week-to-week predictability.

> *Although registered nurses are in demand in many rural Manitoba communities, new recruits must often work casual shifts before full-time job openings come available. In one area, nurses worked at several facilities that in some cases were 20 to 30 miles apart* (RN, Manitoba).

Juggling several part-time positions puts further pressure on workers as they negotiate different management styles, while driving between homes after one long shift to begin another may be dangerous. Together, these practices make women's work lives unstable, and have serious consequences for their ability to function in other parts of their lives. Worryingly, women internalize the contradictions within the system, rationalizing the constraints on their work options in terms of personal choices.

> *I started off part time and now actually I am part time by choice. There was a couple of full-time opportunities that came up but one was laundry and one was straight evenings… and if I worked straight evenings I would never see my husband, so I opted not to go for that one* (HCA, Ontario).

If we see the rural labour market as one where women in particular are captives due to fewer transportation options than men, as Leach (1999) has described, we might consider how employers benefit from the wisdom contained in this aging work force. Moreover, it could be argued that this collective knowledge has permitted restructuring to be implemented more easily. One front-line worker explained how the work has changed over the years, but went on to describe how older women can handle speed up of work, while PSWs (who tend to be younger) seem unable to work hard and talk to residents at the same time.

> *If I was orientating somebody, I would tell them, this is what I do. I'm sure not everybody does it that way, because like I said the new staff that comes in and finds it very overwhelming, where older staff have done it so long…. I think the fact is that residents, until you get to know them, it's so easy to fall into a conversation and stop working. Rather than working and talking, they stop and talk, or the resident really plays on them or something. I find that some of them find it very difficult. What would maybe take me 15 minutes or 20 minutes to do, it may take them half an hour, 45 minutes to do the same thing* (HCA, Ontario).

The same worker observed that older workers tend to take less sick time than part-time and younger workers. There is an obvious tension between the care that older workers feel the residents need (and that they empathize with as they age) and the realities of the rural labour market where temporary workers from an agency cannot be pulled in at a moment's notice. The captive pool of aging workers in rural areas provides the kind of flexible work force that is sought within a different population, largely visible minority and new immigrant, in urban areas.

> *I've not felt good, but I've come in because I know what it's like working short ...not so much that we work short, but if you're there with your residents and you're not there, well, "where were you?" They become very dependent on you and you hate to not be there for them, and they're vocal. If a staff member, say a younger staff member doesn't do exactly what they're comfortable with, they will tell you. They honestly prefer, the majority of them, prefer older staff members* (HCA, Ontario).

> *Well we've had people that have travelled so long to come to our place, because wherever they've taken their course, they weren't hired there, they couldn't find a job there, or they didn't want them* (HCA, Ontario).

Classification systems tacitly assume a mix of physical capacity in the nursing work force. In an older nursing population, however, workers may be less able to do physically demanding tasks because of a lifetime of repetitive strain and injury. The recruitment of long-term care workers in rural communities is primarily from a labour pool significantly different from its urban counterpart in terms of age and skill level. This is partly a result of more general societal shifts in terms of women's work, but more specifically it relates to the ways that restructured health care policy has changed women's health care work options. Overall, current staffing levels, and the increasing reliance on part-time and casual workers, reflect the consequences of a funding strategy that relies on classification systems to determine staffing levels.

Work-Related Stress and Increasing Acuity of Residents

A principle of health care restructuring has been to encourage keeping less care-intensive individuals "in the community." Despite its currency, this is a vague concept. Feminists have argued that it usually means that people are being cared for by women, either in their own extended families, or by peripatetic home care providers who visit them in their homes.

In Manitoba, we were told that the older system of formalized care ensured a balance among care levels in a nursing home. This served to limit the demands placed on staff in terms of both daily expectations and the demands over time. Now, in relation to the increasing need for front line care workers as acuity levels rise, residents' needs and levels of care appear to be less important when funding does not rise with demand. Manitoba HCAs suggested that there is very little difference in care requirements between care levels anymore. There was consensus across all focus groups in Manitoba that in the current system of panelling and reassessment, the resident levels of care and staffing levels bear no relation to one another.

> *I believe that we are getting more and more people that are at Level 3. People are now staying at home longer, we are getting more in at Level 3, but the staffing has*

> *not changed. It's still the same, and that's the problem, they're not recognizing that* (HCA, Manitoba).

One factor in the assessment of an individual's required level of care through the classification system is the diagnosis of dementia. As care levels in nursing homes increase overall, the proportion of cognitively impaired residents in the caseload has increased and is one factor that best explains rates of emotional exhaustion among front-line caregivers. Caring for greater numbers of residents with dementia increases workers' potential for stress (Morgan et al. 2002, 2004) and has been shown to be related to physical health stress among nursing assistants. Furthermore, many care workers do not feel they have adequate training or skills to deal with the care demands of residents with dementia and other serious and demanding health problems, and many feel the training they do have has not prepared them properly for the reality of working in a nursing home.

> *I think for me, when I did this [HCA] course it was, it seemed so nice. You could sit with the residents, you could talk with them.... I was very proud to be a health care aide and when I got into a nursing home I felt like I was a piece of...crap. I'm not, I was no longer proud of being a health care aide. I just felt like a labourer, a worker down there, ummm. It's stressful to me, because when I go into the building...of course, these people, this is their last...they go into a nursing home, they don't ever want to go there, ummm, so you deal with people that are very negative...dealing with residents that are angry being in there, constantly angry, and you're always dealing with death. And you come home and you try to be upbeat and its very, very hard, because say somebody has just died, and the nurse usually has her paperwork so you're doing all, taking care of her. You're dealing with the people, you're dealing with the family, not the nurse. So it's very, very difficult, I've been finding lately, emotionally for me. I come home and just, I just don't even want to talk to anybody, I don't want to see anybody because...I'm thinking of applying at Wal-Mart as a greeter, because I want to see smiling faces, because when you walk into the nursing home they're all, they're crabby and they just don't want to be there and they're calling you names and they're striking out at you, and it can be very difficult and I think that's where the stress builds up. Ah, you know when you come in in the morning and you get a punch in the arm or a punch in the head you just feel like turning around and walking away. And I think more education for our facility would help, more education on how to deal with this.*

More education for the aides themselves?

> *For the aides themselves. I mean I've done some education, but there are some that haven't and they can't handle that. They'll slam the door or say "I'm not going in that room, I don't even want to look at them!" and they have to provide care to them* (HCA, Manitoba).

Nurses reported to us that the absence of specialized or acute services in rural communities for other conditions would lead to the resident being transferred elsewhere, sometimes at considerable distance from family and community.

> *They would probably be shipped out depending on their severity and what their needs are. Because _____ doesn't have anything either. So the doctor would need to make an assessment. Sometimes what happens too is that the physician or RN will get on the phone, if it's a crisis to see where you can get them in, because sometimes _____ is full, so you're calling [another city] or [another city] to try to get them out* (RPN, Ontario).

But unlike most acute conditions, dementia is seen as an acceptable form of acute need within the nursing home system. As such, its demands are not recognized adequately in the assessment and classification process for the additional and specialized care it requires, as the recent recommendations of an inquest jury for a case in which a dementia patient killed two other residents reported (in *The Globe and Mail*, April 19, 2005). The literature identifies workload as by far the best predictor of job pressure. Workload is related to caseload overall and specifically to the proportion of residents with dementia, because the care of such residents requires more staff effort than does the care of more cognitively intact residents.

The way the panelling process works, together with the increasing acuity of residents entering Manitoba nursing homes, results in higher-needs residents with no increase in staffing levels or additional funding to meet their needs.

The classification process fails to account for the demands of residents with dementia, or for the consequences of a case mix that is derived from a majority of residents with heavy care needs, rather than a broad mix of residents with both lighter and heavier care needs.

Overall Workload/Staffing Levels and Stress

Overwhelmingly, our respondents had plenty to say about the issues of overwork and understaffing. Frequently, overwork was not only a function of too many of their own responsibilities; they were being asked to assume responsibilities of other health care professionals as well.

> *If it's [another day of the week] something else completely happens. I do all of the doctor's notes; we work together. I put them into the computer. The physicals are computerized. He and I work together all day. The other work that is my job — for four hours another RN comes then after she leaves I have to do both jobs. My own and work with Dr. ___* (RN, Ontario).

> *We have three RPNs on the day shift and two RNs. If there is something going on in the emerge [emergency room] we have to work the whole hospital. We're over there, patient care, we're moving furniture, whatever. If we're called in to emerg, day or night, we're looking after the acute side. So if you've got 10 or 12 people on the acute, and again because of the aging population, we've got ALC's waiting to get into long-term care... so if they're busy...even if the bells are going here, we're assisting in the hospital — very often* (RPN, Ontario).

> *We have seen three or four people that volunteer; you burn them out and you are hoping that they trained somebody else to come up. It is an aging population. The*

ones that are volunteering need friendly visiting [from staff], so we are hurting that way. I mean I am going to die here, I know this. I am going to be here forever and I am concerned now. I like my work I really truly do. I work with people that don't like their work. It is getting to be too much (RPN, Ontario).

Overnight these people can go from a Level 1 to a Level 4. And you don't have the staffing. You know when we had that flu epidemic there, I'm telling you, like everybody was sick. We were quarantined, you know, yeah. So like, there was a lot more work, and not enough staff. Never is enough staff there (HCA, Manitoba).

We calculated it and it was three minutes per resident for 30 residents. That's Hoyer [lifting with a device], wash, groom, the whole bit. Three minutes ***per*** *resident, is what the average time is. That's not including the baths we have to do, the four baths. You get ready in three minutes! Ha* (HCA, Manitoba).

Numerous studies report that staff-to-resident ratios have been declining for years, and often paint a frightening portrait of decreasing resident care levels and staff burnout. Workers report that their workplace is a much different place than it was a generation ago, when staff were able to have more personal connections with residents, because they could take the time to listen to problems and really care for the entire resident, not just their basic physical needs. Staffing shortages increase nurses' responsibility levels, as aides are required to perform ointment treatments, chart vitals and take on other tasks traditionally assigned to more qualified staff. Staff shortages force health care aides to rush from one bed to the next and to cut corners, increasing the risk of injury or accidents to themselves and to residents. Shift after shift at such a pace leads to high stress levels and burnout. It causes tense confrontations with other stressed-out staff. It leads to feelings of guilt and shame when, despite their best efforts, aides can't do the job they know they're capable of doing. One nurse told us that the work was "physically and mentally impossible," and that she had advised all her three daughters not to go into nursing.

When you're stressed out, you injure yourself a lot easier than you would if you're…you're tense, you'll injure yourself a lot faster than you would (HCA, Manitoba).

We got threatened by Extendicare, 'cause they're gonna find out about why we have so many injuries. We must be doing something wrong. Yeah. But I mean that's par for the course, it always has to be human error. It couldn't be, you know, 'cause you're stressed out or burnt out or working short every day for the last how many, you know, years (HCA, Manitoba).

Increases in workload are a direct cause of staff working "short" on a regular basis and contribute to worker burnout and staffing problems. In rural areas, there is also a shortage of volunteers, because there is a smaller volunteer pool to draw on and people get burned out and often simply cannot be replaced. In Manitoba, there is a critical shortage of trained HCAs, which makes staffing problems and prioritizing work more difficult. Staffing levels have not kept up with increasing levels of care required by residents. Workers report feeling rushed and anxious

about their ability to keep up with work demands. One worker described what she does *before* the formal start of her shift.

> *Yes we work before our shift starts. We don't have to. The registered staff I know are supposed to, but my level we don't have to. We could get report at 6:00 or at 7:00 at the start of the shift. I prefer to do it beforehand, and I would say 90 percent of us or 99 percent probably do, so we would end up previous reports for the two shifts that we listen to are on a tape recorder, so it only takes a few minutes. Then we also have in our facility what we call a communication book and it's anyone can write in there and it is anything like dietary will put "nights please turn the roast on at 3:00 in the morning" or sometimes they will tell us that a resident is being picked up by a family member that day at 11:00 so we would make sure that they were a little nicer dressed if they were going to an occasion. So it is exactly what it's called a communication book. So we look at that, and then there is a schedule each day. Our residents are fortunate enough to have two baths per week, so every morning we look just to remind ourselves which five residents would be getting their bath in the morning just so that we don't make a mistake of getting them dressed* (HCA, Ontario).

> *Before we got an extra person, but that person got taken away...and our levels never changed. Actually, they cut one of our positions. And will probably cut more, who knows, they're trying anyway.... And they have two aides to 30 residents down there, on one side, one aide to 22 on the other side. Yeah — and we usually work short. We're not supposed to say that, "work short"* (HCA, Manitoba).

Nursing aides felt particularly pressured, because of the number of residents for whom they were responsible. Their inability to meet needs for meaningful activity distressed them, including the need for one-to-one contact and residents' participation in their own care. Many care workers reported feeling that they were accelerating dependence and functional decline by doing for residents rather than allowing them time to do things for themselves. They reported feeling they were rushing residents, which often led to them being agitated or aggressive, as well as diminishing resident dignity and quality of life.

Two aides in Manitoba described poignantly how overwork reduced their ability to engage in their work in ways that made their own humanity and that of those in their care central to their work.

> *When somebody does pass away a lot of time you don't even have time, or they won't let you have time, to spend with that person if there's nobody to be with them. It's hard when they are dying and there's no one there and you want to hold their hand...they're grabbing for your hand and you can't stay. That's the hard part...and, uh, they die alone.*

> *I told one nurse "get lost," I was staying. Nobody's going to die alone when I'm there... but I mean it has happened where they've chased people out "get to work, we've got other people to get up."*

Workload also affects the capacity of aides to refer to the extensive documented information on the residents they work with, potentially diminishing their capacity for meaningful and appropriate care.

> *It depends really on what shift you are on and how much time you have allowed. Sometimes, you might have a 15 minute interval where you could, if you were working a night shift you may have a little more time to read through each person's care plan. Or if you are just inquiring or inquisitive about a certain resident, you know and you think jeepers you know I haven't worked evenings for a long time. If I went to work in the evening and Tom was exhibiting a behaviour that I have never seen on days then I might be inquiring to look up in the care plan* (HCA, Ontario).

The physical and mental health effects of work stress are at their worst when workers face high psychological work demands or pressures combined with low control or decision latitude in meeting those demands. Following this construct, nursing or health care aides report significantly higher job demands/stress than registered nurses and activity workers. They are also the least likely to report that they have freedom to decide how they do their work or to make decisions on their own. Issues around family/work life balance also take a toll. A study by Joseph (1999) suggested that, regardless of the strategies used to engage them into professional development, women still feel they have significant time-related obstacles, often family related, to participating in courses. In addition, health care aides daily face the dilemma of what tasks to leave out of a schedule that doesn't accommodate their busy workloads. Typically, to concentrate on vital tasks like turning residents, getting them up from and back into their beds, and feeding, offering liquids and toileting residents, other important, but less vital tasks are not done as regularly. These include bed making and changing, mouth care, cleaning equipment like bedpans or wheelchairs, stocking supplies, putting residents' personal belongings away and important walking and exercising programs. So, not only are they given little power to make decisions, the decisions they must make too often place them in "lose-lose" situations, which only increase job strain. Workers, particularly health care aides, regularly report a sense of guilt, because they feel they can't do what they should be doing, for the residents in their care. Taking problems to nursing home workplace health and safety committees seems to have little effect, perhaps reflecting an inability, or even worse, indifference of management in many facilities. In the end, as CUPE (2001) concluded, it appears little has changed.

When part-time and casual workers with several jobs dash to make their shifts at different homes a considerable distance from each other, all of these stresses are exacerbated.

Whereas urban nursing homes are likely to use private employment agencies to supplement staff for immediate staff shortages, this is much less likely in rural areas, especially if the home is in a more remote location. Where agencies are available, and union contracts do not prevent it, often more than 50 percent of weekend workers are agency staff, and agency worker levels are

typically high on night shifts. Agency staff may be unfamiliar with residents and their preferences, which can increase anxiety and frustration. They may not be well trained, not know how to use equipment, or to bathe residents properly, forcing permanent staff to take time from their duties to train and supervise the newcomer, or do the work themselves. Agency staff are also not as familiar with fire drills and evacuation plans, increasing potential risk to residents, while some nurses note that their lack of training increases the risk of injury for the permanent staff assisting them. In more remote areas without access to agencies, these factors are irrelevant anyway.

> *Agency staff, yeah. In small areas like this we don't have that. We don't have an agency around here that supplies nurses in the small areas. It just isn't feasible, really. So, the staff that gets called in is staff that works somewhere in that facility, maybe another unit, another floor. Where the difference in the city is they may have absolutely no one that will come in and they'll draw on an agency staff, and then you have a totally, nine times out of ten, unknown coming in to care for the resident. There's a difference that way* (Ministry classifier: Ontario key informant).

Yet classification specialists claim that the use of agency staff does not affect the documentation process that feeds into classification.

> *Classification has no impact on it. The expectation is, if it was a registry staff, they still know the standards and they still have to keep up documentation. Even if something happens, they still have to chart it as they would in a city, the same as a regular nurse who's always worked there, and it would be the same, the ones in the small town we still have to chart the same as well. So there's really no great difference* (Ministry classifier: Ontario key informant).

Staffing levels are the most obviously classification-related feature of rural nursing homes. What emerges from our research is that staffing levels are chronically too low to meet the needs of residents who, as we have already established, exhibit higher levels of dementia and acute morbidity than urban nursing home residents. Overwork is a direct result of inadequate staffing levels and unrealistic measures of time required for specific tasks. Overwork is a critical piece of a vicious cycle, where workers rush to complete their tasks, injure themselves, require time off from work and are not replaced.

Training, Skill Levels and Communication in Rural Long-Term Care

Geography raises particular issues for the training of long-term care workers. This is important, because its absence limits the skills available in rural homes and decreases the standard of care and capacity of nurses to deal with residents with acute care needs. Manitoba nursing home workers (CUPE 2001) stressed the need for more continuing education, especially for their members working in rural areas where isolation makes it difficult to keep up with advances in caregiving approaches. In addition, rural nurses have limited access to experts who could provide on-site education and cost is a significant barrier to sending staff to programs in larger urban centers, such as Brandon or Winnipeg. They have called for the development and implementation of standardized province-wide courses and training for health care aides — with input from aides

— that reflect the duties and responsibilities they perform working in long-term care homes. As of 2001, there was no standard training for HCAs, the major category of worker that is truly on the front lines of care work in Manitoba's personal care homes.

As has happened in Ontario, numerous certificate programs are now being offered across Manitoba, but the curriculums vary considerably. Most, such as programs at Red River College, Herzing College and Winnipeg Technical College (Winnipeg Technical College 2005), are located in Winnipeg. This can be a significant barrier to some desiring to take this training. The Assiniboine Community College program goes some way to addressing this issue, as its Comprehensive Health Care Aide Certificate program is offered at its Brandon and Dauphin campuses and annually at various locations in rural Manitoba (Assiniboine Community College 2005). Challenge programs, where workers can be examined based on their job experience rather than participation in formal training programs, have also been set up to make training and certification available to those working as health care aides in the province without this accreditation (Assiniboine Community College 2005). However, without government regulation, professional accreditation and development of professional standards that have been awarded to RNs and RPNs, the only thing that is reliable about training program certificates for HCAs and PSWs is the paper on which they are printed.

Such training is increasingly critical, as technological change and rising resident care needs mean that more and more HCAs handle technically advanced, sophisticated equipment. Health care aides are now required to do more monitoring, charting and assessing as well as to use their overall judgment skills when providing hands-on care for residents. Standardized training can help ensure consistency across the long-term care sector and help address the critical shortage of trained health care aides. In the relatively rare literature that addresses the needs of nurses working in rural long-term care settings, a significant finding has been that being paid to further one's education was the only incentive that contributed significantly to increased job satisfaction (Stratton et al. 1995).

Specialized training in dementia-related care also requires an approach that is more systematic and accessible, given the increasing proportion of residents with dementia. This is a particular issue in the case of staff moving from acute-care settings (after rural hospital closures, for example) or from the lower acuity levels they encounter in home care, to nursing homes.

The Manitoba Nurses Union (2000) has argued that the health care work force in nursing homes is being deskilled. Tasks once performed by higher-level nurses are transferred to staff with lower skill levels who can be lower paid. This has resulted in a pattern of layoffs of licensed practical nurses and the transfer of tasks to HCAs. A Manitoba Nurses Union 1996 analysis of workload staffing reports (filed when a floor nurse believes a workload/staffing situation is likely to cause adverse effects in resident well-being), indicated that layoffs increased in number across the province by 34 percent in the 1990s. Sky (1995) argued that health care restructuring includes a movement toward a generic worker who is less skilled and lower paid. A further practice is the hiring of skilled nurses into less skilled positions. Under their licensing requirements, if a situation arises when they are on shift they have to respond according to their licence, not according to the category in which they have been hired. Thus, homes can hire skilled workers at low pay, knowing that when required they will have to respond using their

higher skills if it is necessary. The corollary to this is the deregulation of the professions such that skill-related tasks (such as giving medications) can now be more easily delegated to less skilled workers.

Along with standardized HCA training, unionized workers recommended further guidelines and monitoring to ensure that all homes maintain consistent, quality staffing levels. Such guidelines and standard training credentials would help homes select better qualified workers. A regulatory and enforcement system would check the reported practice of bringing in unskilled temporaries on an ad hoc basis rather than hiring proper staff to fill permanent needs.

Workers in personal care homes are telling their unions, and through them, their ministries, that they are very concerned about the deskilling, intensification and casualization of labour in their workplaces. A common complaint noted in reports (CUPE 2001) is a lack of meaningful communication between management and staff. Whether nurses, LPNs or HCAs, staff feel ignored, because they have little or no input in assessing levels of care or staffing, and therefore don't feel a part of the team. Health care aides, especially those who now have community college professional training, want to be recognized as health care professionals and treated as such.

Health care aides in the Manitoba focus groups said that they did not feel listened to or valued by the nurses. Some spoke about nurses not appreciating their role or their work including the observations the HCAs make or the importance of the contributions they make. Instead, the HCAs found that the nurses take credit for their ideas or techniques, but fail to listen to them when reporting important information crucial to the care of residents. Health care aides reported that nurses have told them that they are not nurses, nor do they have a nurses' education, so as HCAs they do not know what they are talking about when reporting residents' complaints.

> *You know what? It all depends on your nurses' attitudes, and your unit managers. Because upstairs, it depends on the unit managers, she never involved us, pretty well with anything. Depends on unit managers and nurses, whether they think you should know any of this or not, you know…attitude. Some of them think you're not a nurse, and it's none of our business, but we're the ones looking after them* (HCA, Manitoba).

> *In my facility I'd like to see teamwork. I don't know if the nurse is in part of the staff ratio, but they have their job to do and they can't help us, and when they do they have med errors, so that's a problem. Med errors are a problem and they're saying It's because they have to come and help the aides. A lot of them don't help us and I think, our morale and everything goes down when you see them sitting and talking on the phone and you're just sweating and the buzzer going and they're talking…. Management seems to be smiling about that thinking it's just funny, because then they don't have to deal with it. And it's very hard, because we depend on our nurses and our nurses depend on us. And when it gets to that point where we don't even want to talk to one another…it can be really bad and who suffers but the residents do. And that's the difficult part, because we want, we want everybody to be a team and it's not happening* (HCA, Manitoba).

> *For a while there at our facility they wanted to shelter us from some personal information, but we fought against that, because if somebody comes in and has, umm, you know, a blood-borne disease, a kidney transplant, we need to know. We felt that we needed to know. And there was a controversy, and so for a while they weren't saying anything, they would just say "glove" [wear gloves when dealing with this resident] but now they've reverted back to sharing the information. They don't want us to really go through the chart. They will give us, like, a part of the assessment and a bit of the history so we can read up on it, and so…it's well communicated even if we don't go through the chart* (HCA, Manitoba).

> *Even in the mornings, if we don't have our residents out by 8:30, our nurses are yelling at us. They think that, you know, it's working in the lumberyard; all the lumber's the same, keep throwing them on! But every day is different, we all know that because we work with the people, but we, we really get yelled at, and "what's the matter with you" and "I don't understand," because you know 8:30, the kitchen has to have that meal, they have to be out, 'cause we're stalling the kitchens 'cause they want to prepare their next meal. There's no team effort right now in the building* (HCA, Manitoba).

A further issue critically related to training concerns computer skills. Our findings confirm what of much of the literature on rural communities tells us: the infrastructure of rural communities needs attention, particularly with respect to encroaching on-line technologies, training and support. We heard this from key informants, as well as front-line workers themselves. In addition, our respondents acknowledged the challenges of an aging work force in willingness to learn how to use computers and in the importance of training programs that would meet their needs appropriately. Finally, serious concerns were expressed about how privacy will be maintained in the move to computerize documentation, particularly in light of new legislation. This concern takes on a particular tinge in rural communities where people are more likely to know one another in another context outside the home.

> *I think that [using a computer] will probably be a challenge for the older worker, but I also think ....I've been in some homes where I've seen maybe three computers. One's in the administration office, one's in the DON's [Director of Nurses] office, and one's at the main desk.*

Is the assumption with the MDS system, then, that everybody will, at the nursing station or whatever, will be able to enter information directly into the computer?

> *Yeah* (Psycho-geriatric resources consultant, Ontario key informant).

Do you think that people in this facility, as a general rule the RPN, would be comfortable putting all their stuff in the computer?

> *We are an aging group. It is a time thing. You know where do we find the time? Some are, some are not. Some are very comfortable, they have their own computers at home and other just don't.*

Do you have local computer support that would be able to support you?

> *No, not anymore. They did at [community] College they haven't got any anymore. ... They had to go to Boston for MDS. They had to go to Boston for teaching and then come back and teach the RNs here* (RPN, Ontario).

> *The extensions are computerized; however, not all staff are computer literate. I have no computer training myself, went back to high school took a $20 course. But I have many staff who will not take that initiative. This is the method of communication for RN staff, yet they can't get into the program. The other RNs should be aware of how to update them, how to use the care plans, but doesn't seem to be a reality. No in-house training, but then no one trained me. You have to do care plans. I don't know why staff don't become computer literate. No employer training programs* (RN, Ontario).

In a report (CUPE 2001) based on findings from a conference with Manitoba Health in March 2000, personal care home workers expressed a desire to have more input in determining levels of care. Though they do some 90 percent of the hands-on care within long-term care homes, their members feel they do not have a clearly defined role as a valued part of the health care team and to be included in the decision-making process in their homes. Also strongly expressed was the need to have levels of care reviewed more often. The once a year assessments in Manitoba are seen as too infrequent, as a resident can come in at, for example, Level 3, suffer a stroke that overnight changes her care needs to a Level 4, but funding for that individuals' care, which is tied to assessments, will lag behind. Establishing proper levels of care goes a long way to addressing staff shortages. Long-term care workers felt that trained staff should be involved in establishing levels of care, and the review of levels of care should be more clearly connected to staffing levels. Improved communications among staff with different kinds of responsibilities would go some way to assisting with these issues.

Classification systems are based on assumptions of basic levels of skill among care workers, both in using technology and the most up-to-date methods of care, and increasingly in the use of information technologies. In the rural context, both of these forms of skill may be lacking due to problems in access to training, infrastructure and, with an increasingly older work force, the desire to learn new skills for a low-wage job may be absent.

Differences between Public and Private Homes

Workers have reported to their unions significant quality of care and staff ratio differences between public and private homes. The Manitoba Nurses' Union (2000) *Report on Long-Term Care* outlines several gaps in quality of care, inability to replace staff and numerous instances of more than one person not replaced on shifts. In all cases, they report private homes fall much farther behind public homes.

Standardization of wage rates and benefits between public and private sector long-term care homes is a significant issue for personal care home workers. The shortage of trained, qualified staff is particularly acute in privately operated long-term care homes. Comparable wage rates would make it easier to get and keep staff in long-term care homes.

Reports from representative unions state a concern among personal care home workers that too often excessive profits are being taken from long-term care homes by private operators, at the cost of adequate staffing levels. Many would like to see the books of for-profit homes opened up to public scrutiny since they do, after all, receive public funds. It was also felt that management was top heavy in many homes, both public and private.

> *And there's a difference between municipal homes and privately owned homes. Municipal homes the pay is more, as opposed to the privately — in a lot of those the pay is less* (HCA, Ontario).

> *I think our management, and what we feel, management does not care about the resident. They don't come out, they don't touch them, they don't say hello. They just walk by them; they could be yelling out – even if they're yelling "nurse! nurse!" you would like to see your executive director and DON [Director of Nursing] turn around and talk to them. That doesn't happen. You know, and that's hard to, you know see that all the time, every day, them walking and ignoring these residents. And it's like you're not here for them, they're here for this (rubs fingers together indicating money)* (HCA, Manitoba, working at a private nursing home).

The following narrative is a discussion between two HCAs, about changes made in a private personal care home that they perceived to be purely cosmetic/looks oriented and which jeopardized resident safety.

> *I don't know if this is true about _____ but they said that all the level...that, that they changed the levels, because they wanted, they didn't want people that were drooling down on the bottom floor so they took all those people upstairs so they couldn't be seen* (HCA, Manitoba).

> *Yeah, Oh yeah. Levels 3s and 4s used to be on the main floor for fire and safety so you could evacuate them. Now, they're all up on the second floor with one stair case and an elevator that shuts down of course when there's a fire, which we just had the other day and we had to lift everybody out of bed, without Hoyers by the way.... But if the fire had spread we'd all be screwed.... And they took'em all to make it look nice; upstairs so nobody could see them.... It's for the owner, not the resident* (HCA, Manitoba, working at a private nursing home).

Another problem is staff turnover. Low wages paid in the private home sector cause them to lose staff to the publicly run homes which, in turn, lose staff to the even better paying acute care sector. This constant turnover will continue as long as wage gaps remain high. Agencies are used to fill these gaps, but agencies too have a constant turnover of staff, primarily because they offer low wages and low benefits. Staff members lament how they used to work as well co-ordinated teams, but not any more.

As profit taking becomes an increasingly common aspect of the delivery of long-term care in Canada, it puts pressure on management to reduce costs. At the same time that classification

systems shape and limit the funding pot available, additional funds are redirected toward "cosmetic" changes that will make facilities more attractive and appealing to potential residents. Limited funds contribute to staff turnover, deskilling, lack of co-ordination and even to increased risks for both residents and staff.

Unions in Rural Long-Term Care Homes

The federal government puts the unionization rate of the category that includes "nurses aides, orderlies and patient services associates" at 68 percent Canada-wide compared to 32 percent for all occupations (Canada 2003). The hourly wage rate for this occupational classification is $16.91, which is below the average for all occupations. In 2001, there were 162,500 workers in this group, an increase of 49 percent since 1994. The percentage of women in these occupations was 87 percent in 2001. Of these positions, 68 percent were full time compared to 82 percent for all occupations, and 32 percent were part time compared to 18% for all occupations.

According to Armstrong et al. (2002), unionization rates in residential care homes in Ontario are high although wage rates in these homes are lower than in hospitals. The relatively high unionization rate in long-term care is a result of a number of factors. One is the generally higher unionization rate throughout the institutionalized health care sector. Another is that many large for-profit homes have master union contracts that cover a number of workplaces. Those long-term care workers least likely to be unionized are the for-profit so-called "mom and pop" homes located in more remote rural areas.

Although there may be only one or two RNs in a nursing home, they are the front-line workers most likely to be covered by a union contract. In Ontario, RPNs may now be represented by the Ontario Nurses Association as a result of a recent change to the Association's by-laws. More typically, RPNs are represented by the same union as the HCAs in a nursing home. The Labour Board in Ontario has a long history of defining the RPN classification within the broader service unit as an "appropriate" bargaining unit.

A broad array of unions represent long-term care workers including CAW, SEIU, CUPE, CLAC, USWA, UFCW and an "independent" union called the Canadian Healthcare Workers Union (CHCW). This is a large number given the number of workers in the sector. In several instances, corporate long-term care homes have achieved voluntary agreements with at least one union, permitting them to represent all the workers in any new long-term care home that they build, often even prior to the building being operational and workers hired. It can be argued that this denies workers their democratic right to decide the vital issue of who will represent their interests.

Wage rates in long-term care homes vary considerably. Among the salient factors that contribute is whether homes are corporate, family-operated sole proprietor, municipal or a charitable organization. Further, the rural or urban location contributes to wage rates. One union in Ontario reported to us that in 2004 overall RPN rates ranged from $17.91 to $19.16, and for HCAs from $15.91 to $16.55. We were able to determine that in larger homes in urban areas pay rates ranged from $18.64 to $20.84 in 2005 for RPNs, and for HCAs $13.90 to $15.03 for 2005.[5] Clearly, rural homes pull down the average pay rates overall.

Our research indicates that unions tend not to see contract issues in terms of rural–urban differences. Even when bargaining wage rates, union representatives we spoke to reported a reluctance to bargain more for urban workers based on higher costs of living. Since the larger unions and many of the corporate nursing home chains span the province, it is difficult to differentiate with any confidence between pay and conditions in rural nursing homes except by inference from overall statistics. Pay equity settlements were a significant factor in exacerbating wage differentials between municipal long-term care homes and the for-profit corporate long-term care homes. Municipal homes were obligated to perform job-to-job pay equity comparisons and sought male comparators within the municipality. The for-profit homes found no male-dominated classifications and thus relied on proxy pay equity. The for-profit homes negotiated with their staff unions to phase in pay equity, but the settlements were not generally as high as in the municipal homes, nor were they paid to workers as quickly.

For the unions we consulted, the major issues for their members are workload related, which directly affect the level of care a resident receives, and the lack of adequate funding to homes to permit consistent staffing and levels of care to be met. These issues are primary whether the home is located in an urban or a rural area.

> *Right now we have a lot of 1s, 2s and 3s, because most of our 4s and some 3s have passed away, and that's all we've had available, and any time now they're gonna be all Level 3 and 4s you know, the majority of them. Like, it's pointless anyways, because our funding never gets changed! (laughs). It doesn't — we got staff reduced. There's no reason for that. So, like, because it's a private nursing home, there's no, you don't get extra people when there's extra work, you know, even when they're assessed in a year. Nothing's ever changed. We're allowed so many 1s and 2s and 3s and 4s, and that's what you're getting, and you're not getting any more new staff. The only reason we got an extra person was because, we walked out (laughs)* (HCA, Manitoba).

A union representative described a difference between how rural and urban front-line workers engaged with the grievance procedure. He suggested that it was less likely for women in small rural communities to grieve or strike, because they know the people they work with so intimately. In large urban areas, this is less likely to be the case. Our data also suggest that when rural nurses do strike, it is often after suffering for a very long time.

> *It is harder, because there is a greater degree of intimacy and social networks in rural settings. Your absence may force your neighbour to work harder and perhaps injure herself. There is a stronger pressure for individuals to give of themselves. There is also greater social knowledge and intimacy with residents too. Militant union types come out of urban areas. Expression of militancy is different. Inner strength, residents are not abstractions as they are in the militant model* (Union representative, Ontario).

> *Well, it took us what, three years of heavy, heavy, we had all Level 4s. It took us (laughs) a strike! Before we got an extra person* (HCA, Manitoba).

Unions can only do so much, in the context of a funding formula attached to classification systems that determines outside the bargaining process how much funding will be available to each home. Unions that attempt to bargain pay raises for their members find themselves in a bind since a pay raise for existing workers is likely to reduce the sum of money available for additional staffing, which would take pressure off those current workers.

The Funding, Classification System, Everyday Work Linkage

Despite the way the operation of the classification system obscures the relationship between funding and the everyday work of front-line workers, workers themselves are quite aware of that link. They understand — sometimes explicitly, and sometimes less so — that what they document as they go through their workday is used in the classification process, and that it has implications for the home's funding and, ultimately, for their future work lives. One Ontario nursing home RN who had received training in the classification system, and retained a particular interest in it explained what she (and many others) considered to be a major shortcoming of the system: that it does not factor residents' behaviour into the assessment adequately.

> *There is a lot more time spent on behaviours with residents in the nursing home than there is in dressing them or transferring them. You need tons of minutes of documentation to prove that you have dealt with that behaviour. That is the unfair part of classification as I see it. There are more nursing hours spent dealing with behavioural problems in a nursing home that you don't get credit for than there is for the indicators time wise. You see what I am saying?*
>
> *You may spend 20 minutes in feeding the resident per meal. You may spend 6 minutes in the morning to dress the resident, and you may spend a total of maybe 15 minutes a day to transfer them and deal with their incontinence. Over 24 hours, you may spend two and a half hours dealing with their behaviours but you don't get the funding per se for the time spent on behaviours that you do on their indicators. I think that there is a lot more time spent on [behaviours]. A lot of the behaviours are dealt with and it's a regular occurrence so the girls just think that it is normal for that resident. If they really stopped and tallied up the actual minutes, if they put a girl specifically in there to tally up the actual minutes for 24 hours that is spent on a resident, I bet you that the minutes spent on behaviours will overwhelm you as to the minutes that is spent on their ADLs. Your ADLs are your money makers* (RN, Ontario).
>
> *When you hear Level 4 you know it is heavy as in physical work. Level 2 can be just as heavy only mentally...trying to prevent a mixed up person when they can't leave, when they are looking for their parents, or they have to go look after the horses and they are crying. You have to tactfully, gently soothe then, redirect them. So it is a lot harder mentally on me. Sometimes you just want to go into another room and scream* (HCA, Manitoba).

Front-line workers are also quite cynical about the way the classification process ignores resident behaviour and, as a consequence, reduces the funds needed to cover the work residents require.

> *I think the government has mapped it out that way so that if they had to pay you, if they had to give you funding for the minutes you spent on behaviours it would be a phenomenal amount. I think they've, you know, normally it does not take you 30 minutes to dress a person, toilet a person and feed a person, but it takes you a lot longer to deal with their behaviours. I think the government will never pay money on time spent with behaviours in a nursing home. That is my personal thought, I am not sure that that is the way it is. I think that if they have to give funding on behaviours, we would get a lot more money* (HCA, Ontario).

> *About five years ago, instead of just 1,2,3 and 4 they put an "n" and "y" on them now…you could be a 2y, and that would be "with behaviour." So that's closer to a Level 3. So that could be somebody who walks and does everything for themselves but are constantly demanding of you or you have to watch them all the time to make sure they're not getting away, stuff like that. Another reasoning why they started putting the n and the y, because they wanted the government to fund behaviour as well, but it's not being done* (HCA, Manitoba).

They are very much aware of the way the environment for carrying out long-term care has changed. This is especially because so many of them have been part of the system for many years.

> *I have worked here 18 and a half years. There used to be some down time on an evening shift and there usually is. You get your breaks and we might get another extra 15 or 20 minutes after 9:30 in the evening. It's a lot heavier and a lot more demanding than it used to be. People are living older and they are getting more, you know, the older you are the more dependent you are on people. I don't think the funding is keeping up with the workload* (HCA, Ontario).

> *Remember when we used to have time in the afternoon, say 2 o'clock, when we would get together to have a discussion about how bad or good things are going, or whatever? But you know, there is never any time for that. It takes us until 2 o'clock or 2:30 to get everybody panned after lunch and laid down for his or her nap. Then we have these forms — the flow sheets — to fill out and it's time to go home…. Sometimes, it's just too busy there* (HCA, Manitoba).

But they also see how potentially distracting it is to get caught up in concern over the effects of documenting activities and behaviours, rather than getting on with the care of the resident.

> *No, we just track what we know. It is not for us to argue over points and dollars. We just know that it took me 20 minutes to get this woman off the [toilet] and sometimes it's one staff that is able to deal with this, sometimes it's two and sometimes it's one and there's a whole group of us. That is where your dollars*

> *really are. Things like this — it's the way they break it down. It's ADLs, BDLs [behaviours of daily living] and CCLs [continuing care levels]* (RPN, Ontario).

In the next section we draw out our conclusions concerning the relationship among long-term care and rural communities, and make recommendations.

6. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Rural Communities, Nursing Home Work and Funding

Our research has helped to reveal the relationships between the experiences of front-line workers, the way that long-term care is funded in Ontario and Manitoba, and the classification systems used to quantify and measure the care work done in nursing homes. This examination has allowed us to draw out the specificities of these relationships as they play out in rural communities.

As we noted above, rural communities are struggling to find ways to sustain themselves, to establish a stable economic base that will generate jobs, taxes and services that contribute to the community itself, rather than to profit taking, or political agendas in places far away. We consider that long-term care homes *can and do* make a positive contribution to the sustainability of rural communities. They are well positioned to do so in that they are dispersed across the rural landscape, providing a valued and critical service and source of employment in small communities throughout Canada. As such, they generate jobs, services and taxes and have the capacity to contribute through those to the communities in which they operate. However, to contribute in a more active way to rural community sustainability, some changes need to take place that are specific to the operation of facility-based long-term care in a rural context.

We conclude that as it is presently organized, the system of using classification to determine funding for long-term care homes has particularly detrimental consequences for front-line workers in those homes that are in a rural context, and we have set out those consequences in the previous section. It remains to make suggestions for changes that could ameliorate the situation, and make long-term care homes the positive force for community sustainability that they can be.

Many of the stakeholders in the long-term care field have made recommendations for change, including unions, professional nursing associations, seniors groups, coroners juries, health agencies, and provincial and federal health ministries. It is not our intention to cover this ground again. Rather, the intent of our recommendations is to raise the profile of long-term care issues in the rural context. Thus the recommendations we set out below insist that policy makers consider what it would mean to address long-term care problems with particular attention to the constraints and opportunities that pertain in rural communities. This does not dismiss the relevance of the recommendations of many other reports to the rural long-term care context. In fact, the particular conditions found in rural community often exacerbate the overall points of stress in the long-term care system.

The recommendations are organized into four parts: front-line work, staffing, funding and the classification system, and rural policy.

Front-Line Work

Training

Rural front-line long-term care staff should be provided with training opportunities that they can access from their own communities. This training needs to address both care *and* the use of technologies.

To provide improved care to residents, and to enrich their own work lives, front-line workers need more and improved access to training in specialized areas of long-term care, for example, in dementia and palliative care.

In addition, front-line workers who need to use computers in their daily work, as will be expected with the introduction of more sophisticated classification systems, need to be trained in the computer use, both generally and in terms of the specific programs they use in their work.

Recommendation 1. To ensure that this training is available, we recommend further that training incentives be made available to individuals and to long-term care homes.

Recommendation 2. There should be incentives provided to institutions that provide opportunities for re-training workers particularly in rural areas where access to health expertise is more scarce.

Recommendation 3. A range of options need to be made available so workers can access training locally, even where infrastructure for training is absent. These could include on-line courses, satellite campuses and peripatetic courses (where instructors go into a community and run a course in a local school, for example). Courses need to be offered in a multimodal fashion, (i.e., the same course should be available on-line, on DVD or video, and in books). Recognition for experiential learning should also be more available, possibly through "challenge" college certificate programs, where course credit is given for tested skills learned on the job. Programs such as those offered in Manitoba by Winnipeg Technical, Red River and Assiniboine colleges could act as a model.

Recommendation 4. A more radical idea would be to locate training centres in rural areas, rather than always expecting rural people to travel to urban centres. The rural rotating practical nurse and health care aide programs offered by Assiniboine College in Manitoba could be used as a model for providing accessible health care training to rural residents who often find the costs of relocating to receive training to be a very significant deterrent. A fully developed model would have multiple entry and exit points in a continuum from health care aide certificate to nursing baccalaureate (Assiniboine Community College 2000).

Regulation of Health Care Aides/Personal Care Workers as a Profession

Health care aides, personal support workers and other presently unregulated designations should be recognized as professions, with the explicit provision that such membership is not made difficult for rural residents (e.g., through training or accreditation procedures that are often difficult to access in rural communities).

Recommendation 5. A professional association of health care aides should be established provincially, to ensure that standards of care are mutually respected, curriculums standardized and women well trained. It may also provide a basis for improving the wages and work conditions of this category of worker, for respecting their expertise in terms of both resident care and its documentation, and for restricting the time they spend in clerical and housekeeping tasks.

Terms and Conditions of Work

Rural front-line workers benefit from clear provisions in their union or employment contracts that stipulate conditions for shifting from part-time to full-time work, that do not allow split shifts, that provide call-in pay for work outside standard hours, and that require shift schedules to be posted at least one week ahead and for shifts to be scheduled for a minimum of one week intervals.

In addition to providing individual benefits, improved pay and conditions for long-term care workers will promote long-term care work as a "good" job in rural communities, rather than as a job of last resort, as they are sometimes considered at present. This will help to address the shortage of long-term care workers in rural communities, and help sustain communities through access to stable jobs for women. Solutions need to be developed that address the problems of stress and overwork. In particular, the paperwork requirements of the classification systems, as well as the massive amounts of paperwork generated by other requirements, need to be critically reviewed and reduced.

Recommendation 6. Employers should be given incentives for improving the working conditions and pay of their front-line workers. Such incentives could be tied, for example, to accreditation, which would ultimately result in returns to nursing homes in the form of financial rewards, benefiting care on many levels.

Staffing in Rural Long-Term Care Homes

Existing arguments and demands to improve staffing levels in long-term care homes are even more critical in rural homes where doctors and other specialists may be inaccessible, and which witness smaller and older work forces due to rural out-migration of working-age populations. In addition, the strains on staffing levels directly affect the accuracy of documenting and the human quality of caring that is contextual.

Recommendation 7. Rural nursing homes should operate more stringent minimal staff requirements for every shift, including 24-hour RN coverage, and be provided with financial incentives for doing so. Improved staffing levels will help the older long-term care work force in rural communities to stay on the job without injury or burnout.

Recommendation 8. Nursing home operators and administrators should be given financial incentives for creating more full-time jobs, and disincentives for creating part-time ones. This will improve the job stock in rural communities.

Recommendation 9. Best practices related to the regulation of the professions need to address nursing, care and administrative practices within the rural community context.

Funding and the Patient Classification System in Rural Long-Term Care Homes
Classification systems and associated funding formulas require adjustment to be sensitive to the particular needs of rural long-term care homes, their workers and their residents.

The province's auditor needs to scrutinize the budgets annually to ensure public funds allocated for specific areas are being spent accordingly. Workers have reported to their unions instances of moneys for resident care being used for other purposes (e.g., paying painters out of the nursing budget) (CUPE 2001). There should be independent monitoring to ensure that budgets are spent as funded on direct resident care. Specialized services for residents, such as activities programs, should be funded in their own right and seen as essential to residents' quality of life within homes. These specialized programs should not be squeezed out or have to compete with other resident needs. While these are suggestions for increasing accountability, they are predicated on the need for developing accountability requirements that are relevant and useful and not duplicative or trivial. Our data suggest that existing accountability requirements and data collection methods and surveys need to be evaluated for their appropriateness and efficiencies.

Recommendation 10. To address the issue of increased acuity of residents in rural nursing homes, the classification system needs to be more sensitive to the behavioural aspects of care work (i.e., dementia and the qualitative aspects of care). This will ensure that the staff mix in the home reflects accurately the amount of work and the skills required to deal with the resident case load.

Recommendation 11. There needs to be increased scrutiny of nursing envelopes for rural long-term care homes. It is important to study and monitor whether inequities exist between the funding allocated to urban versus rural facilities that can not be adequately justified.

Recommendation 12. To meet the financial requirements of the above recommendations, it may be necessary to enhance the nursing envelopes of rural homes. This would entail a change in the formula to take rurality into account.

Recommendation 13. Classification system formulas should be evaluated for their capacity to take account of the impact of rurality on staffing (e.g., commute distance, age of work force, size of the labour pool) and the demands of care (e.g., increasing patient acuity, proportion with behavioural issues).

Rural Policy Issues
To facilitate the above, a number of complementary changes need to take place that will allow long-term care homes to become part of the solution to rural community sustainability, rather than part of the problem.

Recommendation 14. Improved investment is required in rural infrastructure, to support long-term care. In particular, communications need to be improved, through better roads and, where

possible, public transportation, as well as in digital communications networks, including telephones, broadband Internet access, etc.

Recommendation 15. Provincial governments and rural municipalities should seriously consider locating and providing continuing support for training centres in more rural areas to attract support services, provide skills for local employment and contribute to overall economic sustainability.

Recommendation 16. Qualified health care and long-term care workers from outside Canada should be provided with incentives if they agree to remain in a rural area for a number of years following admission to Canada. Assistance should also be provided in training that supports immigrant health care workers, such as English as a second language training. The Red River College program (Manitoba), English for Health Care Aides, could serve as a useful template for such supports.

Recommendation 17. Regional health authorities or their equivalents should be encouraged, and perhaps required to incorporate community participation from their rural areas in their processes for determining funding for health care, and for long-term care specifically. Where such processes are already in use, they need to be promoted to encourage active community participation.

Recommendation 18. Rural long-term care homes could be encouraged, where practical, to link with better resourced urban homes to support them through sharing resources and expertise in partnership. This could be linked to funding.

Our hope is that policy makers will make a concentrated effort to listen to the voices of front-line workers across Canada, and work with them to make the long-term care system a model that is an excellent example to others: an effective and fair system for both the working women who want to provide good nursing home care, and for those vulnerable elderly in whose shoes we may all walk some day.

APPENDIX A: PARTICIPANTS

Key Informants' Organizations:

Manitoba
Long-term Care Association of Manitoba, Administration
Winnipeg Labour Council
Manitoba Federation of Labour
Momentum Healthware, Clinical Implementation Specialist
Service Employees International Union (SEIU) Local 308
Manitoba Government Employees Union (MGEU)
Canadian Union of Public Employees (CUPE)
Assiniboine Regional Health Authority, LTC programs
Home Care Area Manager/Case Co-ordinator
Central Regional Health Authority, Home Care representative
Interlake Regional Health Authority, Administrator
North Eastman Regional Health Authority, Programs and Services
Parkland Regional Health Authority, administrators; Community Health; Discharge Planning
Winnipeg Regional Health Authority, Long-term Care
Manitoba Health, Long-term Care

Ontario
Registered Nurses' Association of Ontario
Registered Practical Nurses' Association of Ontario
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors
Ontario Coalition of Senior Citizens
Ontario Nurses Association
Carewatch Ontario/Toronto
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities
Ministry of Health and Long-Term Care, Long-Term Care Facilities Branch
Community Care Access Centres
District Health Councils
Ontario Health Coalition
Ministry of Labour
Pay Equity Commission
Community Mental Health Clinics (rural)
Healthcare Health and Safety Association of Ontario
Program Manager, Classification, Licensing, Pre-sale

National
Canadian Union of Public Employees
United Steel Workers of America
Canadian Auto Workers Union
Christian Labour Association of Canada
RAI Health Informatics Project

Professor, Department of Health Studies and Gerontology University of Waterloo
Professor, Trent University
Professor, Family Relations and Applied Nutrition, University of Guelph
Professor, University of Toronto
Dr. Susan Turner, Centre for Families, Work and Wellbeing, University of Guelph

Manitoba Front-Line Participant RHA Districts (focus group participants)

Central
Marquette
Interlake
Parkland
S. Eastman

Ontario Front-Line Participant CCAC Districts (interviews)

Grey-Bruce
Huron
Manitoulin-Sudbury

N.B. The names of long-term care home operators and administrators and the location of front-line workers' place of work have been omitted to protect confidentiality.

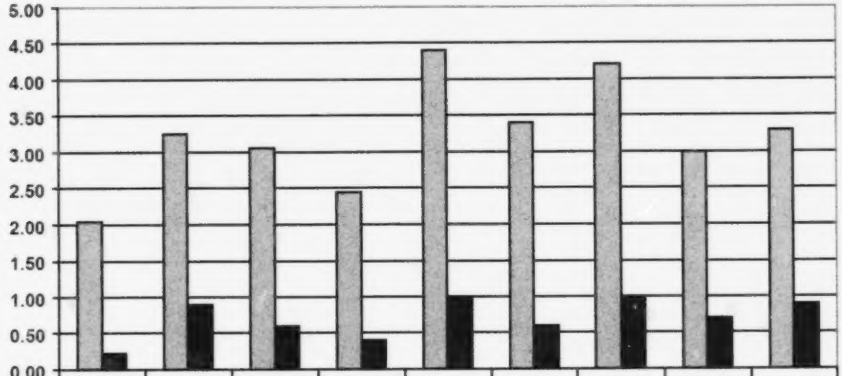
APPENDIX B: TABLES AND FIGURE

Table 1: For-Profit and Not-for-Profit Ownership: Long-Term Care Comparison Across Jurisdictions

Province	Public/Not-for-Profit* %	Private for-Profit %
British Columbia	68.3	31.7
Saskatchewan	96.2	5.8
Manitoba	84.0	15.0
Ontario	48.4	51.6
New Brunswick	100.0	0
Nova Scotia	72.0	28.0

Note: *Public/not-for-profit includes provincial and municipal government long-term care homes and long-term care homes seen by not-for-profit societies (OHC 2002a).

Figure 1: Total Hours of Care per Resident per Day



	Ont LTC	Ont CCC	Sask	Manitoba	Maine	Michigan	Miss	South Dakota	Neth
Total Hours	2.04	3.25	3.06	2.44	4.40	3.40	4.20	3	3.3
RN Hours	0.23	0.9	0.59	0.4	1	0.6	1	0.7	0.9

Source: City of Toronto (2001).

Table 2. Nursing Work Force by Employment Status and Province/Territory of Registration, Canada. 2003 Percentage Distribution.

	N.L.	P.E.I.	N.S.	N.B.	Que.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	B.C.	Y.T.	N.W.T.	Nun.	Canada
RN Work force	100.00	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Full time	73.0	51.9	61.2	60.9	51.8	50.9	46.2	54.3	42.4	51.2	49.3	70.3	61.6	51.4
Part Time	17.0	43.5	27.7	29.5	32.5	28.6	47.7	34.6	42.2	31.4	31.7	13.3	8.9	32.1
Casual	10.0	4.6	11.1	9.6	**	7.2	6.1	11.2	16.6	17.4	19.0	**	29.5	10.6
Employed – Status unknown	0.0	0.0	0.0	0.0	**	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	*	0.0	5.9
LPN Work force	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	..	100.0
Full time	59.0	37.3	49.5	47.5	39.6	44.9	34.6	49.9	39.3	56.1	61.7	75.5	..	44.7
Part time	5.4	37.5	25.5	32.6	46.2	33.4	56.2	21.5	47.2	12.8	21.7	13.2	..	34.9
Casual	35.6	25.2	**	19.9	14.2	7.9	9.2	**	13.5	25.7	16.7	14.3	..	14.0
Employed – Status unknown	0.0	0.0	*	0.0	0.0	13.8	0.0	**	0.0	5.4	0.0	0.0	..	6.4
RPN Work force	-	-	-	-	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	-	-	-	100.0
Full time	-	-	-	-	-	-	63.8	74.1	63.2	70.2	-	-	-	68.2
Part time	-	-	-	-	-	-	**	**	30.3	17.7	-	-	-	24.6
Casual	-	-	-	-	-	-	**	*	8.6	10.1	-	-	-	6.4
Employed – Status unknown	-	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	2.0	-	-	-	0.8
Total Nursing Workforce	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Notes:
* Value suppressed in accordance with CIHI privacy policy; cell value is from 1 to 4.
** Value suppressed to ensure confidentiality; cell value is 5 or greater.
- Data are not applicable or do not exist.
.. Data not currently collected by CIHI.
Totals may not sum to 100 percent due to rounding.
Statistics released by CIHI will differ from statistics released by provincial/territorial authorities due to CIHI collection, processing and reporting methodologies.

Source: Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2003.

Table 3: Sample Calculation of Case Mix Measure and Case Mix Index

LEVELS OF CARE CLASSIFICATION
COMMUNITY HEALTH DIVISION
ONTARIO MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE

The Facility Case Mix Measure (CMM) is the total of the proportion of facility residents in each classification category (A-G) multiplied by category weights. The Facility Case Mix Index (CMI) is determined by dividing the Facility CMM by the Provincial CMM and then multiplying by 100.

SAMPLE CALCULATION OF CASE MIX MEASURE AND CASE MIX INDEX

CLASSIFICATION CATEGORY	NO. OF RESIDENTS	PERCENTAGE OF TOTAL IN CATEGORY	CATEGORY WEIGHT	FACILITY CASE MIX MEASURE
A	0	0.00%	30.92	00.00
B	5	3.33%	43.21	216.05
C	10	6.67%	59.68	596.80
D	15	10.00%	69.88	1048.20
E	65	43.33%	89.57	5822.05
F	54	36.00%	105.12	5676.48
G	1	0.67%	160.21	160.21
	150 TOTAL	100.00%		90.1319 CMM

CALCULATION:

- MULTIPLY THE NUMBER OF RESIDENTS BY CATEGORY WEIGHT TO FIND THE CMM BY CATEGORY. TOTAL THE CATEGORY CMM TO FIND THE FACILITY CMM.
- DIVIDE THE FACILITY CMM BY THE PROVINCIAL CMM, AND MULTIPLY BY THE RELATIVE NUMBER OF 100, TO CALCULATE THE FACILITY CMI.

$$\frac{90.13 \text{ (FACILITY CMM)}}{90.09 \text{ (PROVINICAL CMM)}} \times 100 = 100.04 \text{ FACILITY CMI}$$

Table 4: Levels of Care in Manitoba Personal Care Homes and Home Care Program

Level of Care	Description
Level 1 0.5 paid hours of care per resident, per day	Individual is a potential safety risk if left alone. Indicates minimal dependence on nursing time for at least one of bathing and dressing, feeding, treatments, ambulation, elimination, supports and/or supervision. Generally live largely independently though there is a 24 hours staff available. Meals and social activities are provided. This level is usually provided in supportive housing environments. Suggested ratio of 10 percent professional staff (i.e., RNs) to 90 percent non-professional (HCAs/assistants).
Level 2 2 paid hours of care per resident, per day	This level of care is provided in a personal care home. On average, need equals 1.5 hours of nursing care per day. This level indicates partial dependence on nursing time for at least one of bathing and dressing, feeding, treatments, ambulation, elimination, support and/or supervision. Often this individuals display mild confusion. Suggested ratio of 30 percent professional staff (10 percent RN, 20 percent LPN) to 70 percent non-professional (HCAs/assistants).
Levels 3 and 4 3.5 paid hours of care per resident, per day	These levels of care are provided only in personal care homes. Need equals or exceeds 3.5 hours of nursing care per day. Level 3 indicates maximum dependency on nursing time for two or three of bathing and dressing, feeding, treatments, ambulation, elimination, support and/or supervision. Level 3 may also be decided if the individual has maximum dependence on nursing time for support and supervision, and moderate dependence in at least two of the other categories. Level 4 indicates maximum dependence on nursing time for four or more of the following categories: bathing and dressing, feeding, treatment, ambulation, elimination, support and/or supervision. Suggested ratio of 35 percent professional staff (20 percent RN, 15 percent LPN) to 65 percent non-professional (HCAs/assistants)

BIBLIOGRAPHY

Note: All URLs listed were active as of January, 2006.

Alberta Hospitals and Medical Care. 1998. *Alberta Patient Classification System for Long Term Care Facilities Final Report*. Alberta Hospitals and Medical Care Research and Strategic Planning Branch.

Armstrong, P. and H. Armstrong. 1999. *Women, Privatization and Healthcare Reform: The Ontario Case*. Health Reform Reference Group, Centres of Excellence for Women's Health Program, Women's Health Bureau, Health Canada. <http://www.yorku.ca/nnewh/english/pubs/Ontpri.pdf>.

Armstrong, P. and T. Daly. 2004. *There Are Not Enough Hands: Conditions in Ontario's Long-Term Care Facilities*. CUPE Ontario. <http://www.cupe.ca/updir/Final_Report_Sept_04_CUPELTC-ReportEng2a.pdf>.

Armstrong, P. and I. Jansen. 2004. "Burned out and Tired: The Impact of Restructuring and Work Reorganization on Workers in Long Term Care." CUPE and National Networks on Environments in Women's Health. <http://www.cupe.ca/updir/Burned_out.pdf>.

Armstrong, P., C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson and K. Willson. 2002. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Aurora: Garamond Press.

Assiniboine Community College. 2000. *Comprehensive Health Care Aide Certificate and Challenge Programs*. <www.public.assiniboine.net>.

———, Community Connections. 2000. *Board of Governors Health Care Consultation Final Report*. <http://public.assiniboine.net/Portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282-c6475cdb7ee7/graphics/consult_health.pdf>.

Botz, C.K., S. Bestard, M. Demaray and G. Molloy. 1993. "Resource Utilization Groups (Rugs): Defining Chronic Care, Rehabilitation and Nursing Home Case Mix in Canada." *Healthcare Management Forum*. 6(4).

Bowker, G.C. and S. Leigh Star. 1996. "How Things (actor-net) Work: Classification, Magic and the Ubiquity of Standards." <http://repositories.cdlib.org/ucsdcomm/bowker/>.

Brown, M. and J. Baldwin. 2003. "The Changing Geography of the Canadian Manufacturing Sector in Metropolitan and Rural Regions 1976-1997." *The Canadian Geographer*. 47.

Campbell, M. 2001. "Textual Accounts, Ruling Action: The Intersection of Knowledge and Power in Routine Conduct of Community Nursing Work." *Studies in Cultures, Organizations and Societies*. 7

Campbell, M. and F.M. Gregor. 2002. *Mapping Social Relations: A Primer in Institutional Ethnography*. Aurora, ON: Garamond Press.

Canada. 2003. "Nurses, Aides, Orderlies and Patient Service Associates (NOC 3413)." *Job Futures National Edition 2003*. <http://jobfutures.ca/noc/print/3413.html>.

Canada, Health Canada. 2002. *Rural Health: Frequently Asked Questions (FAQ).*

———. 2004. *Literature Review and Environmental Scan of Preferred Practices for Deployment of Health Human Resources and Decision Support Tools: Final Report.*

Canada, Statistics Canada. 1996. *A Portrait of Seniors in Canada.* <www.statcan.ca/ english/ads/89-519-XPE/link.htm>.

———. 2001. *Population by Age Group, Gender, and Province.* <http://www.statcan.ca/ english/Pgdb/demo31a.htm>.

———. 2002. *A Portrait of Seniors in Canada.*<http://www.statscan.ca/english/ads/89-519-XPE/link.htm>.

Carbert, L. 1995. *Agrarian Feminism.* Toronto: University of Toronto Press.

Carlyle, W.J. 1996. "Agriculture in Manitoba." In *The Geography of Manitoba.* Edited by J. Welsted, J. Everitt and C. Stadel. Winnipeg: University of Manitoba Press.

CAW (Canadian Auto Workers) Union. 2004. *Submission of CAW on Future Directions for Legislation Governing Long Term Care Homes to: Monique Smith, Parliamentary Assistant to the Minister of Health and Long-Term Care.*

———. nd. *CAW Ontario Health Care Council: Position Statement on Long Term Care in Ontario.*

Certified General Accountants Association of Canada. 2005. *Growing Up: The Social and Economic Implications of an Aging Population.*

CIHI (Canadian Institute for Health Information). 2000. *Continuing Care (Long-Term Care Facilities): Review of Health Information Standards.*

———. 2001. *Canada's Health Care Providers.* <http://www.cihi.ca/cihiweb/ dispPage.jsp?cw_page=AR_35_E>.

———. 2002. *Supply and Distribution of Registered Nurses in Rural and Small Town Canada.* <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_28_E&cw_topic=28>.

CLAC (Christian Labour Association of Canada). 2002. *Beds Are Not Enough: The Hidden Crisis in Ontario's Long-Term Care Facilities.* Christian Labour Association of Canada. <http://www.clac.ca/publications/government_submissions/beds-are-not-enough.asp>.

CLBC (Canadian Labour and Business Centre). 2002. *Full-Time Equivalents and Financial Costs Associated with Absenteeism, Overtime, and Involuntary Part-Time Employment in the Nursing Profession.*

Cranford, C., L.Vosko and N. Zukewich. 2003. "Precarious Employment in the Canadian Labour Market: A Statistical Portrait." *Just Labour: A Canadian Journal of Work and Society*. 3 (Fall).

Crooks, K. 2004. "Exciting Times." *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 4(2).

CUPE (Canadian Union of Public Employees). 2000. *For the Love of It: Long-Term Care Issues in Manitoba. Report on the 1st Long-Term Care Conference in Manitoba.* March 16. <http://www.cupe.mb.ca/issues/nursing_homes_report.htm>.

———. 2001. *Resident-Staff Ratios in Long Term Care.*

Diamond, T. 1992. *Making Grey Gold: Narratives of Nursing Home Care*. Chicago: University of Chicago Press.

Douglas, D.J.A. 2001. *Toward More Effective Economic Development in Rural Ontario: An Applied Research Project*. Technical Report #1.

DuPlessis, V., R. Beshiri, R. Bollman and H. Clemenson. 2001. "Definitions of Rural." *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin.* Statistics Canada. 3(3).

Dupuy, R., F. Mayer and R. Morissette. 2000. *Rural Youth: Stayers, Leavers and Return Migrants*. Canadian Rural Partnership Report #152. <www.statcan.ca/english/research/11F0019MIE/00152/11F0019MIE00152.pdf>.

Friesen, G. 1984. *The Canadian Prairies: A History*. Toronto: University of Toronto Press.

Fuller, T. and L. Small. 2001. *Our Rural and Remote Assets — Report on the Ontario Rural Dialogue 2001 Sessions*. Paper presented at the Canadian Rural Partnership Conference.

Glasgow, N. 2000. "Rural/Urban Patterns of Aging and Caregiving in the United States." *Journal of Family Issues*. 21(5).

Global Action on Aging. 2005. "CSN Warns of Crisis in Care of the Elderly." Canadian Broadcasting Corporation.

Gordon, M. 1998. "Nursing Nomenclature and Classification System Development." *Online Journal of Issues in Nursing*. (September 30). <www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm>.

Halfacree, K.H. 1993. "Locality and Social Representation: Space, Discourse and Alternative Definitions of Rural." *Journal of Rural Studies*. 9(1).

Harris, M.R., C.G. Chute, J. Harvell, A. White and T. Moore. 2003. *Toward a National Health Information Infrastructure: A Key Strategy for Improving Quality in Long Term Care*. U.S. Department of Health and Human Services.

Havens, B. 2002. *Aging in Manitoba 1971-2001*. Keynote Paper. Valencia Forum, Second World Assembly on Ageing, Bedford Park Australia, April 3, 2002. <www.valenciaforum.com/Keynotes/bh.html>.

HCHSAO (Health Care Health and Safety Association of Ontario). 2003. "Injury Statistics for Homes for Nursing Care." Customized statistical run for the project.

Hirdes, J. 2000. "Long Term Care in the Information Age: The Potential of the MDS." *Stride Magazine*. <www.stridemagazine.com/articles/2000/q1/information.age/>.

———, Professor, University of Waterloo, Department of Health Studies and Gerentology, and Director of Research, Homewood Health Centre. 2003. Personal communication.

Institute of Medicine, Board on Health Care Services. 2004. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, 2004. <www.nap.edu/books/0309090679/html/185.html>.

Joseph, G. 1999. "Reaching and Teaching Women on the Web: The Challenge of Barriers and Bottom Lines." *Canadian Journal of University Continuing Education*. 25(1) (Spring).

Kane, D. 1999. "Job Sharing: A Retention Strategy for Nurses." *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 12(4) (Nov/Dec).

Kassner, E. 2004. *In Brief: Long Term Care Workers in Five Countries: Issues and Options*. <http://www.aarp.org/research/intl/comparisons/aresearch-import-905-INB86.html>.

Keating, N. and B. Munro. 1988. "Farm Women/Farm Work." *Sex Roles*. 19(3/4).

Laschinger, H.K.S., J.A. Sabiston, J. Finegan and J. Shamian. 2001. "Voices from the Trenches: Nurses' Experiences of Hospital Restructuring in Ontario." *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 14(1).

Leach, B. 1999. "Transforming Rural Livelihoods: Gender, Work and Restructuring in Three Ontario Communities." In *Restructuring Caring Labour: Discourse, State Practice and Everyday Life*. Edited by S.M. Neysmith. Toronto: Oxford University Press.

Leach, B. and A.R. Winson. 1999. "Rural Retreat: The Social Impact of Restructuring in Three Ontario Communities." In *Restructuring Societies*. Edited by D.B. Knight and A.E. Joseph. Ottawa: Carleton University Press.

Mackenzie, F. 1995. "Is Where I Stand Where I Sit? The Ontario Farm Women's Network, Politics and Difference." *Journal of Rural Studies*. 10(2).

MacLachlan, I. 2001. *Kill and Chill: Restructuring Canada's Beef Commodity Chain*. Toronto: University of Toronto Press.

MacLeod, M., J. Kulig, N. Stewart and J.R. Pitblado. 2004. *Final Report to Canadian Health Services Research Foundation. The Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada*. <www.ruralnursing.unbc.ca>.

Manitoba, Manitoba Health. 1992. *Quality Health for Manitobans: The Action Plan*. Winnipeg: Province of Manitoba.

Manitoba Health. *Annual Report 2003-2004,* 2004. www.gov.mb.ca/health/ann/200304/annrpt0304.pdf.

———. 1997. *Core Health Services in Manitoba*. <http://www.gov.mb.ca/health/rha/core.pdf>.

———. 1998. *The Role of the Public Health Nurse within the Regional Health Authority*. Winnipeg, Manitoba.

———. 2000. *Manitoba Population Report*. Winnipeg: Decision Support Services.

———. 2003a. *Manitoba Health Population Report*.

———. 2003b. *Manitoba Health Annual Statistics 2002-2003*.

Manitoba Nurses' Union. 2000. *Report on Long-Term Care*. <http://www.nursesunion.mb.ca/long%20term%20care%20rpt/ltc_vpts_survey.htm>.

Marshall, V.W. 2001. "Canadian Research on Older Workers." Paper prepared for a symposium: Problems of Older Workers, at the International Association on Gerontology Conference, Vancouver B.C.

Martens, P., R. Fransoo, E. Burland, L. Jebamani, C. Burchill, C. Black, N. Dik, L. MacWilliams, S. Derksen,R. Walld, C. Steinbach and M. Dahl. 2003. *The Manitoba RHA Indicators Atlas: Population-Based Comparisons of Health and Health Care Use*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Martin-Matthews, A. 2001. *The Ties That Bind Aging Families*. Vanier Institute of the Family.

Martz, D. and I. Brueckner. 2003. *The Canadian Farm Family at Work: Exploring Gender and Generation*. Centre for Rural Studies and Enrichment, University of Saskatchewan and National Farmers Union. <http://www.nfu.ca/epff/documents/The_Canadian_Farm_Family_at_Work.pdf>.

Millbank Memorial Fund. 2003. *Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries*. <http://www.milbank.org/reports/interRAI/030222interRAI.html>.

Morgan, D.G., K.M. Semchuk, N.J. Stewart and C. D'Arcy. 2002. "Job Strain among Staff of Rural Nursing Homes: A Comparison of Nurses, Aides and Activity Workers." *Journal of Nursing Administration*. 32(3).

Morgan, D.G., N.J. Stewart, K.C. D'arcy and L.J. Werezak. 2002. "Evaluating Rural Nursing Home Environments: Dementia Special Care Units Versus Integrated Facilities." *Aging & Mental Health*. 8(3).

Mykhalovskiy, E. and L. McCoy. 2002. "Troubling Ruling Discourses of Health: Using Institutional Ethnography in Community-Based Research." *Critical Public Health*. 12(1): 17-37.

NACA (National Advisory Council on Aging). 2005. *The NACA Position on Enhancing the Canadian Health Care System*. Report #21. <http://www.naca-ccnta.ca/position/21_enhance_health/enhance1_e.htm>.

NINR (National Institute for Nursing Research). 1993. *Priority Expert Panel E: Nursing Informatics*. National Center for Nursing Research in conjunction with the development of the National Nursing Research Agenda. < http://ninr.nih.gov/ninr/research/vol4/Contents.html>.

Nova Scotia, Legislative Assembly. 2001. Official report of debates (Hansard). Halifax, Thursday, March 29, 2001. Second session. March 29, 2001. <http://www.gov.ns.ca/legislature/hansard/han58-2/h01mar29.htm>.

Novak, M. and N.L. Chappell. 1996. The Impact of Cognitively Impaired Patients and Shift on Nursing Assistant Stress." *International Journal of Aging and Human Development*. 43(3).

O'Brien-Pallas, L., C. Alksnis and S. Wang. 2003a. "Projecting RN Retirement in Canada." *Canadian Institute for Health Information*.

O'Brien-Pallas, L., C. Alksnis, S. Wang, S. Birch, G. Tomblin Murphy, F.A. Roy and P. Sajan. 2003b. "Early Retirement among RNs: Estimating the Size of the Problem in Canada." *Longwoods Review*. 1(4).

Ontario Health Coalition. 2000. *Patient Classification and Funding in Chronic Care Hospitals and Long Term Care Facilities Health Facts*. <http://www.web.net/ohc/docs/Chronic_Funding.htm>.

———. 2002. *Ownership Matters: Lessons from Ontario's Long-Term Care Facilities*. Hospital Employees' Union (B.C.). <http://www.web.net/~ohc/docs/may2702.htm>.

———. 2004. *November Backgrounder: Local Health Integration Networks (LHINs)*.

Ontario, Legislative Assembly. 1991. Official report of debates (Hansard). Thursday August 22, 1991. *Regulated Health Professions Act*, 1991, and companion legislation/Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées et les projets de loi qui l'accompagnent. Submission by Health Care Aide Association of Ontario. <http://www.ontla.on.ca/french/hansard/committee_debates/35_parl/session1/socdev/s019.htm>.

———. 2003. Official report of debates (Hansard). Thursday February 27, 2003. <www.ontla.on.ca/hansard/committee_debates/37_parl/Session3/accounts/P015.htm#P79_3229>.

Ontario, MHLTC (Ministry of Health and Long-Term Care). 2001. *2000 Levels of Care Classification Nursing Home Specific Report*. January.

———. 2004. *Growing Strong Rural Communities: A Consultation Paper.* <http://www.mah.gov.on.ca/userfiles/page_attachments/Library/1/23911_Rural_Plan_Consultation_Paper_Final_June_8_9AM.pdf>.

———. 2005. *Seniors' Care: Long-Term Care Homes, 2005.* <http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ltc/15_facilities.html>.

Ontario Rural Council. 2001. *The Rural Campaign: Changing Public Attitudes Toward Rural Ontario.* 2001.

Payne, B.J., K.R. Grant, C. Christian and D.M. Gregory. 2002. "Blurring the Boundaries: Women's Caring Work and Manitoba Health Care Reform." *Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin.* 3(1).

Pong, R.W. and N. Russell. 2003. *A Review and Synthesis of Strategies and Policy Recommendations on the Rural Health Workforce.* Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University.

Popaleni, K. 1989. "Shouldering the Burden for Canada Post: Privatization's Impact on Rural Women." *Resources for Feminist Research.* 17(2).

Preibisch, K. and L.M. Hermoso Santamaria. forthcoming. "Engendering Labour Migration: The Case of Foreign Workers in Canadian Agriculture." In *Women, Migration and Citizenship: Making Local, National and Transnational Connections.* Edited by E.Tastsoglou and A. Dobrowolsky. London: Ashgate Press.

Pricewaterhouse Coopers. 2001. *Report of a Study to Review Levels of Service and Responses to Need in a Sample of Ontario Long Term Care Facilities and Selected Comparators.* Ontario Association of Non-Profit Homes, Services for Seniors and the Ontario Long Term Care Association.

Ramsey, D. and J. Everitt. 2001. "Post-Crow Farming in Manitoba: An Analysis of the Wheat and Hog Sectors." In *Writing Off the Rural West: Globalization, Governments and the Transformation of Rural Communities.* Edited by R. Whitson Epp and D. Whitson Epp. Edmonton: University of Alberta Press.

Rankin, J. 2001. "Texts in Action: How Nurses Are Doing the Fiscal Work of Health Care Reform." *Studies in Cultures, Organizations and Societies.* 7.

Redclift, N. and S. Whatmore. 1990. "Household, Consumption and Livelihood: Ideologies and Issues in Rural Research." Pp. 182-197 in *Rural Restructuring: Global Processes and Their Responses.* Edited by P. Lowe, S. Whatmore and T. Marsden. London: David Fulton.

RPNAO (Registered Practical Nurses Association of Ontario). 2002. *Call to Action: Proposed Changes to the Initiation Regulation.* <http://www2.rpnao.org/files/professional/InitiationRegulationCalltoAction.pdf>.

Roos, N, L. Mitchell, S. Peterson and E. Shapiro. 2001a. *Perspectives on Home Care Data Requirements.* Manitoba Centre for Health Policy. Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba. Winnipeg. <www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/homecare_datareq.pdf>.

Roos, N.P., L. Stranc, S. Peterson, L. Mitchell, B. Bogdanovich and E. Shapiro. 2001b. *A Look At Home Care in Manitoba.* Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Ryan, L. 2004. *Annual Report to Ontario Agricultural Services Coordinating Committee.* Ontario Ministry of Agriculture and Food.

Skillen, D.L., B. Heather and J. Young. 2002. *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health, and Restructuring.* National Network on Environments and Women's Health. <http://www.yorku.ca/nnewh/english/pubs/32.pdf>.

Sky, L. 1995. *Lean and Mean Health Care: The Creation of the Generic Worker and the Deregulation of Health Care.* Health Research Project Working Paper Series 95-3. Ontario Federation of Labour (OFL).

Smith, D.E. 1987. *The Everyday World as Problematic.* Toronto: University of Toronto Press.

———. 1999. "Sociology for the Twenty-First Century." Pp. 65-82, Chapter 4 in *Women's Standpoint to a Sociology for People.* Edited by D.E. Smith.

———. 2002a. "Institutional Ethnography." Pp. 17-52 in *Qualitative Research in Action.* Edited by Tim May. London: Sage.

———. 2002b. "Texts and the Ontology of Organizations and Institutions." *Studies in Cultures, Organizations and Societies.* 7(2): 159-98.

Smith, M. 2004. *Commitment to Care: A Plan for Long-Term Care in Ontario.* Ministry of Health and Long-Term Care.

Sousa, J.P. Bola and B. Leach 2005. "'Going Country': The Automotive Parts Industry in Rural Southwestern Ontario." In *The Global Auto.* Edited by C. Yates and C. Roberts.

Stratton, T., T. Dunkin, N. Juhl and J. Geller. 1995. "Retainment Incentives in Three Rural Practice Settings: Variations in Job Satisfaction among Staff Registered Nurses." *Applied Nursing Research.* 8(2).

Struthers, J. 1997. "Reluctant Partners: State Regulation of Private Nursing Homes in Ontario 1941-72." In *The Welfare State in Canada: Past, Present and Future.* Edited by R.B. Beydon Blake, P.E. Beydon Blake and J.F. Strain. Concord: Irwin Publishing.

Sumner, J. 2002. *Sustainability and Rural Communities in the Age of Globalization: Can We Learn Our Way Out?* Ph.d. thesis, University of Guelph.

Teather, E.K. 1998. "The Double Bind: Being Female and Being Rural: A Comparative Study of Australia, New Zealand and Canada." *Rural Society*. 8(3).

Thomson, D., J. Dunleavy and S. Bruce. 2002. *Nurse Job Satisfaction – Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace*. Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa, Ontario.

Tomiak, M., J. Berthelot, E. Guimond and C.A. Mustard. 2000. "Factors Associated with Nursing-Home Entry for Elders in Manitoba, Canada." *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 55A(5).

Toronto, City of. 2001. <http://www.city.toronto.on.ca/legdocs/2001/agendas/committees/cms/cms010911/it015.pdf>.

Turner, S.M. 1995. "Rendering the Site Developable: Texts and Government Decision Making in Land Use Planning." In *Knowledge, Experience and Ruling Relations: Studies in the Social Organization of Knowledge*. Edited by Marie Campbell and Ann Manicom. Toronto: University of Toronto Press.

——— 2002. "Texts and the Institutions of Municipal Government: The Power of Texts in the Public Process of Land Development." *Studies in Cultures and Organizations and Societies*. 7(2).

———. 2003. *Municipal Planning, Land Development and Environmental Intervention*. Ph.d.. thesis, OISE. University of Toronto.

Whatmore, S. 1994. "The Achievements and Challenges of European Rural Gender Studies." In *Rural Gender Studies in Europe*. Edited by L. van des Plas and M. Fonte. Assen: Van Corcum.

Willson, K. and J. Howard. 2000. *Missing Links: The Effects of Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*. Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence.

Winnipeg Technical College. 2005. *Health Care Aide Certificate Program*.

Winson, A.R. and B. Leach. 2002. *Contingent Work, Disrupted Lives: Labour and Community in the New Rural Economy*. Toronto: University of Toronto Press.

World Bank. nd. "Health, Nutrition and Population." <www1.worldbank.org/hnp/hsd/HEGlossary.asp>. Accessed April 4, 2004.

Yates, C. and B. Leach. 2005. "Industrial Work in a Post-Industrial Age." In *Work in Tumultuous Times: Critical Perspectives*. Edited by V. Shalla and W. Clement. Montréal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

ENDNOTES

[1] Sojourner Truth spoke these words at the women's convention in Akron, Ohio in 1851. The quote is from <http://gos.sbc.edu/t/truth.html>.

[2] The Crow Rate was implemented in 1897 to reduce freight rates for grain crops. In place for almost a century, it facilitated profitable grain production in the Western Provinces, and thus was integral to the development and continuance of a grain-based rural economic and social landscape.

[3] See <http://www.health.gov.on.ca/English/public/program/ltc/28_pr_glossary.html>. Accessed March 24, 2006.

[4] The CAW represents 10,000 long-term care workers and CUPE Ontario 18,000 workers in 187 facilities, covering 29 percent of beds in the province (Armstrong and Daly, 2004).

[5] These figures could be determined, because the Ministry of Labour collective agreements library was able to supply pay information only for employers with more than 200 employees.

Projects Funded through Status of Women Canada's Policy Research Fund
Call for Proposals
Restructuring in Rural Canada: Policy Implications for Rural Women *

A National Research Project on the Impact of Restructuring on Rural, Remote and Northern Women's Health: Policy Issues, Options and Knowledge Translation
Ivy Lynn Bourgeault, Christine Dallaire, Lorraine Greaves, Barb Neis, Rebecca Sutherns

The Impact of Patient Classification Systems on Women Front-Line Care Workers in Rural Nursing Homes
Belinda Leach, Bonnie Hallman, Gillian Joseph, Nichola Martin and Anita Marcotte

Rural Women's Experiences of Maternity Care: Implications for Policy and Practice
Jude Kornelsen and Stefan Grzybowski with Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin, Ann Pederson and Lana Sullivan

Farm Women and Canadian Agricultural Policy
Carla Roppel, Annette Aurélie Desmarais, Diane Martz

Hidden Actors, Muted Voices: The Employment of Rural Women in Saskatchewan Forestry and Agri-Food Industries
Diane Martz, Maureen Reed, Ingrid Brueckner, Suzanne Mills

Public Policy and the Participation of Rural Nova Scotia Women in the New Economy
Ann Manicom, Janet Rhymes, Nan Armour and Doreen Parsons
The Women's Economic Equality (WEE) Society in partnership with the Hypatia Project

* Some of these papers are still in progress and not all titles are finalized.

We Value Your Feedback

Your comments and suggestions can help us make sure our publications are useful. If you have a moment, please answer and return the following questionnaire. Thank you for your time.

Title of Report ____

1. Was the report useful to you? 1 2 3 4 5
   Not useful ... *very useful*

a) Which part of the report did you find most helpful?

____

____

b) How could it have been more useful?

____

____

____

2. How did you use the report? As a tool in:

☐ Policy development ☐ Policy research ☐ Advocacy

☐ Other ____

3. Are you affiliated with:

☐ Women's Organisations ☐ Federal Government

☐ Other non-governmental organisations ☐ University/college

☐ Provincial/Territorial Government ☐ Municipal Government

☐ Other:____

Please return this questionnaire by mail or fax to:

Status of Women Canada
Research Directorate
McDonald Building
123 Slater Street, 10th Floor
Ottawa, Ontario
K1P lH9

Fax (613) 995-4800

Les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales

Belinda Leach
Bonnie Hallman
Gillian Joseph
Nichola Martin
Anita Marcotte

Recherche
en matière de politiques
Policy Research

Condition féminine Canada
Status of Women Canada

Canada

Les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales

par

Belinda Leach, Bonnie Hallman, Gillian Joseph,
Nichola Martin et Anita Marcotte

La recherche et la production de cette étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Le présent document présente les vues des auteures et ne reflète pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Août 2006

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau. Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, les chercheuses ou chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales / Belinda Leach ... [et al.].

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. addit.: The impact of patient classification systems on women front-line care workers in rural nursing homes.
Également disponible sur l'Internet.
Comprend des réf. bibliogr.: p.

ISBN 0-662-49368-0
No de cat.: SW21-144/2006

1. Établissements de soins, de cure, etc. – Manitoba – Personnel.
2. Établissements de soins, de cure, etc. – Ontario – Personnel.
3. Femmes en milieu rural – Travail – Manitoba.
4. Femmes en milieu rural – Travail – Ontario.
5. Établissements de soins, de cure, etc. – Manitoba – Administration.
6. Établissements de soins, de cure, etc. – Ontario – Administration.
7. Santé rurale, Services de – Manitoba.
8. Santé rurale, Services de – Ontario.
9. Plans de soins.
I. Leach, Belinda, 1954-
II. Canada. Condition féminine Canada
III. Titre: The impact of patient classification systems on women front-line care workers in rural nursing homes.

RA998C3I56 2006 331.2'04136216097127 C2006-980186-XF

Gestion du projet : Pamela Roper et Jo Anne de Lepper, Condition féminine Canada
Coordination de l'édition et de la traduction : Cathy Hallessey, Condition féminine Canada
Révision et mise en page : PMF Editorial Services Inc. / PMF Services de rédaction inc.
Traduction : Lexi-Tech International

Pour d'autres renseignements, veuillez communiquer avec la :
Direction de la recherche
Condition féminine Canada
123, rue Slater, 10e étage
Ottawa (Ontario) K1P 1H9
Téléphone : 613-995-7835
Télécopieur : 613-957-3359
ATME : 613-996-1322

Il est également possible de télécharger ce document en consultant le site Web de Condition féminine Canada, à l'adresse : <http ://www.swc-cfc.gc.ca/>.

RÉSUMÉ

Cette étude porte sur les systèmes de classification des patientes et des patients ainsi que sur leurs incidences sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales en Ontario et au Manitoba. Le vingt et unième siècle dresse de sérieux obstacles sur la voie de la viabilité permanente des collectivités rurales au Canada, où les travailleuses et les dispensatrices de soins ont été très affectées par la restructuration. Les soins de longue durée de première ligne, officiels ou non, sont dispensés par les femmes, qui sont mises à contribution de façon disproportionnée dans les services de soins de longue durée. Dans les collectivités rurales, les maisons de soins infirmiers offrent des possibilités d'emploi, mais elles sont aussi pointées du doigt comme étant des lieux de violence, d'emplois instables et mal rémunérés, sans compter qu'elles subissent les pires conséquences du sous-financement et de la restructuration des soins de santé. La politique sur les soins de longue durée a donc des répercussions sur les femmes employées dans ce secteur et sur la vie de la population vieillissante, largement des femmes, qui a besoin de soins. Ces facteurs font des soins de longue durée un enjeu important, lié aux politiques, pour les femmes des régions rurales. En effet, ils touchent, simultanément et de différentes manières aussi particulières qu'imperceptibles, des questions relatives à la restructuration, à l'égalité entre les sexes, au travail et aux collectivités rurales. La réforme récente des soins de longue durée au Canada a conduit au recours à des structures de responsabilité, comme les systèmes de classification des patientes et des patients. Nous prétendons que les systèmes de classification comprennent les actions de personnes dont le travail quotidien consiste notamment à entrer de grandes quantités de renseignements dans ces systèmes. Ces renseignements servent à produire des rapports qui déterminent un niveau de soin pour chaque pensionnaire et, donc, l'affectation de budgets à chaque établissement, ce qui influe sur les niveaux de personnel. L'étude a révélé les conséquences et les exigences particulières aux régions rurales des systèmes de classification des patientes et des patients. Nous prétendons que les systèmes de classification organisent le travail des femmes de manière à produire des conséquences nuisibles pour le travail dans le domaine des soins de longue durée dans les régions rurales et pour les collectivités que ces femmes servent. Le rapport entre les soins de longue durée et la viabilité des régions rurales est bidirectionnel. Si les maisons de soins infirmiers disparaissent, les collectivités rurales en souffriront. Réciproquement, si les collectivités connaissent un déclin, les maisons et les services de soins de longue durée qu'on y trouve risquent de disparaître. Le présent rapport recommande des changements aux politiques en vue d'améliorer la vie et les milieux de travail des femmes qui sont employées dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales ainsi que la qualité de vie des femmes et des hommes âgés qui y résident.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES iii

ACRONYMES ET LEXIQUE iv

PRÉFACE ix

LES AUTEURES x

REMERCIEMENTS xi

RÉSUMÉ xii

1. INTRODUCTION 1
   Définitions 5
   Organisation du rapport 6

2. CONTEXTE DU PROJET : RESTRUCTURATION, RURALITÉ ET TRAVAIL DANS LE DOMAINE DES SOINS DE LONGUE DURÉE 7
   Tendances économiques dans les régions rurales du Canada 7
   Description des régions étudiées 9
   Restructuration des soins de santé et des soins de longue durée en Ontario et au Manitoba 13
   Ontario : tendances en matière de privatisation et de déréglementation 16
   Soins de longue durée : politique, processus et profil des pensionnaires 19
   Travail dans le domaine des soins de longue durée : effets sur l'égalité entre les sexes et sur les régions rurales 27
   Systèmes de classification des patientes et des patients 33
   À l'horizon : le passage à l'EMD - IÉP en Ontario et au Manitoba 40
   Tout rassembler 41

3. DÉMARCHE EMPRUNTÉE POUR LA RECHERCHE 43
   Introduction et questions posées pour la recherche 43
   Méthode utilisée pour l'étude : l'ethnographie institutionnelle 43
   Définition du mot « rural » et choix du lieu 44
   Personnes qui ont participé aux entrevues 44
   Processus de collecte des données 46
   Limites de l'étude 48
   Analyse 49

4. COMMENT LES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION ORGANISENT LE TRAVAIL DES DISPENSATRICES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE : LES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION EN TANT QUE TRAVAIL RÉEL 50
   Faire le graphique 51

Admission et documentation qui conduit au plan de soins....54
Les plans de soins....56
Le travail de classification : « Vous voyez, la consignation, c'est la classification »....59
Documentation qui n'est pas directement liée aux soins....63
Textes « invisibles » qui organisent le travail des dispensatrices de soins de première ligne....64

5. DISPENSATRICES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET CLASSIFICATION DANS LE CONTEXTE RURAL....65
L'écart que peuvent creuser la géographie et les ressources....67
Questions liées au personnel dans le domaine des soins de longue durée dans les collectivités rurales : « Je vais passer du travail ici à la vie ici. »....72
Niveaux généraux de charge de travail et de personnel et stress....78
Différences entre maisons publiques et privées....88
Financement, système de classification, lien avec le travail quotidien....92

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS....95
Collectivités rurales, travail dans les maisons de soins infirmiers et financement....95
Travail de première ligne....96
Personnel des maisons de soins de longue durée des régions rurales....98

ANNEXES
A : Participantes et participants....101
B : Tableaux et figure....103

BIBLIOGRAPHIE....107

NOTES....117

TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURE

Tableaux

1. À but lucratif et sans but lucratif : comparaison des soins de longue durée dans les provinces 103
2. Main-d'oeuvre infirmière par type d'emploi et par province - territoire d'autorisation, Canada. Répartition en pourcentage, 2003 104
3. Calcul de l'échantillon du paramètre casuistique et de l'indice de la charge de cas..105
4. Niveaux de soins du programme des maisons de soins personnels et des soins à domicile du Manitoba 106

Graphiques

1. 52
2. 53

Figure

1. Heures totales de soins par pensionnaire par jour 103

ACRONYMES ET LEXIQUE

AIIO	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Fondée en 1973, l'Association est le syndicat qui représente 51 000 infirmières et infirmiers autorisés et autres professionnelles et professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, dans le domaine de la santé publique, dans les organismes communautaires et dans ce secteur d'activité économique dans l'ensemble de l'Ontario.
ASS	Aide en soins de santé (non réglementé). C'est le nom qui est utilisé pour désigner la travailleuse ou le travailleur de la santé de première ligne. Les certificats d'aide en soins de santé n'existent plus. Les acronymes ASS et PSSP (préposée [ou préposé] aux services de soutien à la personne) sont interchangeables dans les maisons de soins infirmiers de l'Ontario.
AVQ	Activité de la vie quotidienne (pertinente aux soins de longue durée)
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires. Les CASC ont été créés en 1995 pour simplifier l'accès aux services de santé communautaires en offrant un guichet unique pour l'accès aux services, aux renseignements et à l'aiguillage. Ils fournissent les renseignements sur les demandes et sur le processus d'admission aux maisons de soins de longue durée.
Concerned Friends	Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities défend les intérêts des personnes âgées (y compris les pensionnaires et leurs familles) et d'autres personnes qui résident dans des maisons de soins infirmiers ou dans des établissements de soins de longue durée réglementés.
CRS	Conseil régional de santé. En Ontario, les conseils régionaux de santé ont conseillé le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les besoins en matière de santé dans leurs territoires géographiques respectifs et ont, de plus, fourni des renseignements sur les soins de santé aux collectivités de l'ensemble de la province.
CVQ	Comportement de la vie quotidienne (pertinent aux soins de longue durée)
EMD	Ensemble minimal de données. Celui-ci était un outil d'évaluation utilisé pour reconnaître les problèmes des plans de soins individuels. Il sert désormais au financement et à la surveillance de la qualité des soins prodigués aux pensionnaires.

ESLD	Établissement de soins de longue durée. C'est le nom utilisé communément pour les maisons de soins de longue durée de l'Ontario. Ces établissements ont porté, au fil du temps, les noms de maisons de soins de longue durée, maisons de retraite et foyers de bienfaisance en Ontario.
FSP	Foyer de soins personnels. C'est le nom utilisé pour les maisons de soins infirmiers du Manitoba.
IA	Infirmière autorisée ou infirmier autorisé (réglementés par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). En Ontario, les IA doivent désormais posséder un diplôme en sciences infirmières.
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé de l'Ontario (réglementés par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). En Ontario, tous les inf. et inf. aux. aut. nouveaux doivent détenir un diplôme. Il existe un désaccord au sujet de l'interprétation de l'étendue complète de la pratique des IAA par rapport à celle des IA. Les IA suggèrent que leur formation est plus complète et leur donne une base de connaissances plus approfondie dans les domaines de la pratique clinique et de la pensée critique (demandez à une IA). Les IAA prétendent, par la voix de leur organisation, être sous-utilisés en Ontario (rapport *Outcomes*).
ICC	Indice de la charge de cas. L'indice de la charge de cas est un outil qu'on utilise à différents endroits. La Banque mondiale (nd) définit l'indice de la charge de cas comme étant « une mesure numérique de la diversité des cas des patientes et des patients qui sont traités par un hôpital donné de telle sorte qu'une valeur plus élevée indique un degré moyen plus élevé de complexité de ces cas ». [traduction] Le secteur des établissements de soins de longue durée (ESLD) de l'Ontario recourt actuellement à un indice de la charge de cas pour déterminer les sommes accordées aux différents ESLD de la province. L'ICC a été adopté en tant que variable de substitution pour favoriser un financement équitable des ESLD. L'ICC est un indice composé qui comporte des variables constituées de caractéristiques des patientes et des patients, qui ont été recueillies de manière objective, valable et fiable et qui ont été mesurées par rapport aux soins dispensés par les dispensatrices de soins et leurs coûts.
IÉP	L'instrument d'évaluation du pensionnaire sert, dans les ESLD (partout dans le monde) à recueillir des renseignements sur les forces et les besoins des pensionnaires, dont on tient compte ensuite dans les plans de soins individuels. L'IÉP est constitué de l'ensemble minimal de données (EMD), des protocoles d'évaluation des pensionnaires et des lignes directrices relatives à l'utilisation.

Inf. aux. aut.	Infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (Manitoba).
LTCAM	Long Term Care Association of Manitoba. Cette association représente les foyers de soins personnels privés ou bénévoles qui s'occupent des pensionnaires au Manitoba.
MNU	Manitoba Nurses Union. Ce syndicat représente 11 000 infirmières et infirmiers, c.-à-d. 97 % de toutes les infirmières et de tous les infirmiers syndiqués du Manitoba. Il représente les IA, les inf. aux. aut. et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés.
MSSC	Ministère des Services sociaux et communautaires (Ontario). Ce ministère s'occupait partiellement de l'industrie des maisons de soins infirmiers avant 1994.
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario). Celui-ci administre maintenant tous les ESLD de l'Ontario et leur fournit une orientation stratégique.
NSC	Niveau de soins continus
OAHNSS	The Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors. Il s'agit d'une organisation provinciale fondée sur l'adhésion des membres qui représente les fournisseurs sans but lucratif de services, de soins et de logement pour les personnes âgées depuis plus de 80 ans.
OCSCO	Coalition des organismes d'aînés et d'aînées de l'Ontario (Ontario Society (Coalition) of Senior Citizens' Organizations). Celle-ci offre des programmes d'éducation, des politiques et de la recherche, des renseignements, de l'aiguillage, du counseling, des documents de recherche, de la diffusion et du soutien ainsi que des programmes d'autoassistance et de bénévolat. Elle compte plus de 140 personnes et organisations d'aînées et d'aînés qui représentent 500 000 aînées et aînés de l'ensemble de l'Ontario.
OIIO	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. L'organisme de réglementation des 140 000 infirmières et infirmiers autorisés (IA) infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (inf. aux. aut.) en Ontario, Canada. L'Ordre réglemente les soins infirmiers de manière à protéger l'intérêt du public et définit les exigences d'admissibilité à la profession, définit et applique les normes de l'exercice de la profession et assure la qualité de cet exercice et la compétence permanente des infirmières et des infirmiers.
OLTCA	Ontario Long Term Care Association. C'est l'organisation la plus importante de fournisseurs de soins de longue durée en Ontario. Elle a

été fondée en 1959 sous le nom Associated Nursing Homes Incorporated of Ontario et est devenue, plus tard, l'Ontario Nursing Home Association. En 2000, elle a changé son nom pour celui de Ontario Long Term Care Association. L'OLTCA compte principalement, mais pas exclusivement, des membres sans but lucratif.

ORS	Office régional de la santé. C'est le nom qu'on donne à la gestion localisée du système de santé du Manitoba.
PC	Paramètre casuistique. Le paramètre casuistique provincial se fonde sur les indices de tous les pensionnaires de la province. Le paramètre casuistique de chaque établissement est ensuite comparé au paramètre casuistique provincial pour déterminer l'indice de la charge de cas de l'établissement.
Personnel accrédité	Il s'agit du personnel de première ligne accrédité en vertu de toute loi relative à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
Personnel non accrédité	Il s'agit du personnel qui n'est pas accrédité en vertu d'une loi ou par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
PSSP	Préposée ou préposé aux services de soutien à la personne (non réglementés). Le programme de formation des PSSP de l'Ontario intègre et remplace les anciens programmes de formation des aides en soins de santé, des aides de maintien à domicile des niveaux I, II et III, des préposées et des préposés aux soins personnels et des aides aux soins de relève. Le gouvernement de l'Ontario a approuvé le programme des PSSP le 28 avril 1997. On utilise souvent PSSP pour ASS (voir ci-dessus). Voici certains titres additionnels pour des postes semblables : préposée ou préposé aux soins, aide aux soins de longue durée, aide-infirmière ou aide-infirmier, préposée ou préposé aux malades, aide à domicile, préposée ou préposé aux bénéficiaires, préposée ou préposé aux soins personnels, aide aux soins des patientes et des patients, auxiliaire familiale ou auxiliaire familial, aide de maintien à domicile. Tous ces titres peuvent avoir les mêmes exigences d'emploi ou des exigences semblables. En fait, plusieurs affichages de postes vacants pour ces postes présentent des descriptions vagues, particulièrement quand il s'agit de soutien à domicile.
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé. L'Ontario propose d'adopter un modèle régional de gestion localisée du système de santé en se fondant sur les expériences d'autres provinces qui ont délégué la gestion des soins de santé au cours des 10 à 15 dernières années. Le gouvernement envisage de faire en sorte que les RLISS en viennent à

financer les fournisseurs de services de santé, comme les maisons de soins de longue durée et les CASC.

RNAO	L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Celle-ci représente les infirmières et les infirmiers autorisés en Ontario. Elle défend la profession de manière à influer sur la politique en matière de santé et à en faire la promotion.
RPNAO	Registered Practical Nurses Association of Ontario. Cette association défend les IAA dans différents établissements de manière à assurer des services optimaux à la clientèle, à favoriser des relations de travail plus étroites avec les autres organisations du secteur de la santé et de secteurs connexes. Elle permet à la profession de se donner une voix forte et unie, rehausse les compétences professionnelles des IAA en effectuant de la recherche et en assurant l'élaboration et la prestation de programmes éducatifs de qualité, et fait la promotion de services de santé optimaux à la clientèle au moyen de politiques, de lois et de réglementations.
RUG	Resource Utilization Grouping. Les Resource Utilization Groups (RUG-III) sont la méthodologie de regroupement appliquée aux données soumises au Système d'information sur les soins de longue durée. La méthodologie RUG-III affecte les pensionnaires de chaque ESLD à un des 44 groupes d'utilisation des ressources.
SCFP	Le Syndicat canadien de la fonction publique est le plus grand syndicat du Canada. Il compte plus d'un demi-million de membres au Canada et représente les travailleuses et les travailleurs de la santé, de l'éducation, des municipalités, des bibliothèques, des universités, des services sociaux, des services publics, des transports, des services d'urgence et des lignes aériennes.
SEFPO	Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario. Celui-ci représente les travailleuses et les travailleurs du secteur public de l'ensemble de l'Ontario.
SLD	Soins de longue durée.
TCA	Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile. Ce syndicat représente une diversité de travailleuses et de travailleurs dans l'ensemble du Canada.

PRÉFACE

Une bonne politique gouvernementale est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche comparative entre les sexes sur des enjeux liés aux politiques gouvernementales qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser les débats publics sur les enjeux liés à l'égalité entre les sexes afin de permettre aux personnes, aux groupes, aux responsables de l'élaboration des politiques et aux analystes des politiques de participer plus efficacement à l'élaboration de politiques équitables.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme, ou sur des questions à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent rapport de recherche fait suite à un appel de propositions lancé en septembre 2002, sous le thème « La restructuration économique du Canada rural : répercussions des politiques publiques sur les femmes des régions rurales ». D'autres recherches financées par Condition féminine Canada sur le même thème examinent, par exemple : le soins de longue duré et les effets du système de classification des cas sur les soignantes dans les établissements ruraux, les soins obstétriques dans les collectivités rurales de la Colombie-Britannique, une analyse comparative entre les sexes de la politique agricole canadienne, les femmes des régions rurales dans l'industrie forestière et l'agroalimentaire au Canada, et la participation des femmes des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à la nouvelle économie.

Une liste complète des projets de recherche financés dans le cadre de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

LES AUTEURES

Belinda Leach est professeure agrégée et titulaire de la chaire de recherche universitaire de l'Université de Guelph sur les études en sociologie et en anthropologie qui portent sur les questions d'égalité entre les sexes dans les régions rurales. Elle dirige l'alliance de recherche Rural Women Making Change, financée par l'intermédiaire des Alliances de recherche universités-collectivités du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Elle effectue des recherches sur les questions de l'égalité entre les sexes dans les régions rurales depuis 1994.

Bonnie C. Hallman est professeure agrégée au département de l'environnement et de la géographie à l'Université du Manitoba. Elle a effectué des études sur le contexte des régions rurales au regard de la fourniture de services aux aînées et aux aînés, y compris le logement supervisé, les services sociaux et les soins familiaux. Son programme de recherche porte sur les géographies des femmes (des régions rurales) qui cherchent à s'acquitter de leurs responsabilités personnelles et en milieu de travail.

Gillian Joseph détient une maîtrise ès sciences en relations familiales et développement humain avec spécialisation en gérontologie de l'Université de Guelph. Recherchiste active dans les domaines du vieillissement, de la prestation des soins, du travail et des technologies, elle est associée de recherche auprès du Centre for Families, Work and Well-Being.

Nichola Martin détient une maîtrise ès sciences, antenne rurale de l'Université de Guelph. Sa recherche a porté sur la gouvernance participative au palier local dans le contexte de la restructuration municipale en Ontario. Elle a une grande expérience des relations de travail, y compris des questions d'équité salariale. Elle a travaillé pour plusieurs syndicats, notamment l'Union internationale des travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et du commerce ainsi que le Syndicat canadien des travailleurs du textile et de la chimie. Plus récemment, elle a travaillé à titre de médiatrice à la Commission de l'équité salariale de l'Ontario.

Anita Marcotte est une étudiante en maîtrise en anthropologie médicale à l'Université du Manitoba, qui s'intéresse aux soins et aux traitements dispensés aux aînées et aux aînés qui ont la maladie d'Alzheimer, à l'institutionnalisation des aînées et des aînés, aux questions de santé et sécurité ainsi qu'au rôle des travailleuses et des travailleurs de première ligne dans la prestation des services de soins de santé. Anita est une aide en soins de santé accréditée et une aide aux soins personnels à domicile. Elle a 17 ans d'expérience à titre de travailleuse de première ligne.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier les personnes qui suivent pour leur aide, leurs conseils et leur appui précieux à ce projet de recherche. Linda Hawkins, directrice générale, et Cecilia Sheryer, adjointe administrative, du Centre for Families, Work and Well-Being, ont fourni à l'équipe de recherche une aide précieuse à toutes les étapes du projet. Nous remercions le département de sociologie-anthropologie de l'University de Guelph ainsi que la faculté de l'environnement, de la Terre et des ressources et le bureau des services de recherche de l'Université du Manitoba pour leur soutien. Nichola Martin et Anita Marcotte, adjointes à la recherche, ont non seulement fait profiter le projet de leurs titres de compétences universitaires, mais aussi de leur expertise cruciale dans les domaines du travail et des soins de longue durée. Nous remercions particulièrement Susan Turner, Ph.D., de l'Université de Guelph, pour son aide et ses conseils éclairés relativement au processus de « représentation ». Corey Vermay, des Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile (TCA), Shalom Schacter, de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, et Ethiraju Rachandar, de la Fédération du travail de l'Ontario, ont mis leur travail de côté pour nous aider et nous leur transmettons nos remerciements pour leur apport. Nous remercions Tim Diamond, Ph.D., de l'Université de Toronto, John Hirdes, Ph.D., de l'Université de Waterloo, Pat Armstrong, Ph.D., de l'Université York, représentants du Syndicat canadien de la fonction publique et des TCA, ainsi que toutes les sources principales en Ontario et au Manitoba qui ont généreusement donné de leur temps, de leurs connaissances et de leurs conseils. Nous adressons des remerciements particuliers à Jo Anne de Lepper, de Condition féminine Canada, pour sa patience et son soutien. Enfin, nous sommes grandement redevables à toutes les travailleuses de première ligne du Manitoba et de l'Ontario qui ont donné de leur temps pour nous accorder des entrevues malgré leurs horaires de travail souvent affolants. Elles ont raconté leur histoire dans l'espoir que cela pourrait constituer un atout non seulement pour les dispensatrices de soins de longue durée dans les régions rurales, mais aussi pour les femmes et les hommes âgés qui résident dans des maisons de soins infirmiers et dont elles se préoccupent sincèrement.

RÉSUMÉ

Les collectivités rurales du Canada, qui cherchent à assurer leur viabilité, doivent relever de grands défis et surmonter des obstacles sérieux. Les maisons de soins infirmiers offrent des emplois, souvent pour les femmes, dans plusieurs collectivités rurales, mais elles ne sont pas une solution simple. On reconnaît que ce sont des lieux de violence, d'emplois peu rémunérés et qui subissent certaines des pires incidences du sous-financement et de la restructuration des soins de santé. En raison de la place disproportionnée qu'elles y occupent, ont peut dire que ce sont les femmes qui dispensent les soins de longue durée de première ligne. La politique sur les soins de longue durée touche les femmes qui sont employées dans ce secteur ainsi que la population vieillissante, largement féminine, qui a besoin de soins. Les expériences que font les femmes des régions rurales, quand il s'agit d'y donner et d'y recevoir des soins de longue durée, reflètent les répercussions que la restructuration a sur elles. Réunis, ces facteurs font des soins de longue durée un enjeu en matière de politique pour les femmes des régions rurales : enjeu qui relie la restructuration, l'égalité entre les sexes, le travail et les collectivités rurales de façons tout aussi diverses que particulières, quoique souvent imperceptibles. Nous nous penchons sur ces liens dans ce rapport. La réforme récente des soins de longue durée s'appuie sur des structures de responsabilisation, comme celles des systèmes de classification des patientes et des patients. Ces systèmes répartissent les gens dans un nombre limité de niveaux de soins en appliquant un outil de mesure normalisé aux renseignements sur l'état de santé. L'objectif de cette étude était d'examiner les incidences de tels systèmes sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales en Ontario et au Manitoba. Ces provinces présentent différentes conditions de la ruralité et de la restructuration des soins de santé.

En nous fondant sur nos constatations, nous prétendons que les systèmes de classification organisent le travail des femmes de manière à produire des conséquences négatives pour les travailleuses du milieu des soins de longue durée des régions rurales et pour les collectivités qu'elles servent. Les systèmes de classification sont des ensembles coordonnés d'activités qui sont accomplies par de véritables êtres humains et qui sont organisées par des textes visibles et invisibles. Ils comprennent les actions de personnes dont le travail quotidien consiste, entre autres, à entrer d'immenses quantités de renseignements dans le système, à remplir des formulaires et à rédiger des textes sur l'état de santé des pensionnaires.

Centrés entièrement sur des textes, les systèmes de classification des patientes et des patients ignorent le contexte des pensionnaires des régions rurales. En raison des niveaux actuels de personnel et de ressources, l'acte de documenter nuit à une prestation de soins adéquate. Un déclin de l'état de pensionnaires n'entraîne pas nécessairement un financement accru pour répondre à l'augmentation correspondante des besoins. Cela exerce une pression sur les travailleuses et sur celles et ceux qui reçoivent leurs soins. Pour les travailleuses et les travailleurs ainsi que pour les administratrices et les administrateurs de soins infirmiers, sans oublier les analystes des politiques, le volume de la documentation et le fait qu'elle soit produite en double sont perçus comme étant non efficients et comme un gaspillage des rares ressources humaines des établissements des régions rurales. Il y a une augmentation de

la documentation qui est associée aux préoccupations des exploitantes et des exploitants d'établissement en matière de responsabilité civile, certaines étant particulières aux collectivités rurales. Les régions rurales ont de la difficulté à attirer du personnel pour travailler dans les maisons de soins infirmiers et les femmes délaissent ce travail en grand nombre. Les infrastructures des régions rurales sont mal équipées pour les initiatives de documentation en ligne. De plus, une main-d'oeuvre vieillissante peut avoir besoin d'environnements d'apprentissage soutenus pour effectuer le passage à la technologie. Le rapport entre les soins de longue durée et la viabilité des régions rurales est bidirectionnel. Quand les maisons de soins de longue durée disparaissent, car leur exploitation devient impossible, les collectivités rurales en souffrent. Réciproquement, quand les collectivités déclinent, les maisons de soins de longue durée et les services dans ces domaines sont en danger. Les constatations indiquent la nécessité d'apporter des changements aux politiques pour améliorer la vie et les milieux de travail des femmes employées dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales ainsi que la qualité de vie des femmes et des hommes âgés qui y vivent.

Recommandations

Formation des travailleuses de première ligne
Le personnel des régions rurales doit avoir accès à des possibilités de formation sur les soins *et* sur l'utilisation des technologies dans les différentes collectivités où il se trouve.

1. Il faudrait que les personnes et les maisons de soins de longue durée aient accès à des mesures qui incitent à la formation.

2. Il faut des mesures incitatives pour les institutions qui offrent des possibilités de recyclage professionnel aux travailleuses et aux travailleurs, particulièrement là où l'expertise en matière de santé est plus rare.

3. Une variété d'options est nécessaire pour que les travailleuses et les travailleurs puissent avoir accès à la formation au palier local, même s'il n'y a pas d'infrastructure de formation.

4. De grands centres de formation pourraient se trouver dans des régions rurales plutôt que dans des milieux urbains.

Réglementation des aides en soins de santé – préposées et préposés aux soins personnels à titre de profession
La profession des aides en soins de santé, des préposées et préposés aux services de soutien à la personne et autres travailleuses et travailleurs non réglementés de première ligne devraient être reconnue.

5. Une association professionnelle pour les aides en soins de santé est nécessaire pour veiller à ce que les normes des soins soient respectées mutuellement et à ce que les personnes soient formées adéquatement au moyen de programmes cohérents.

Modalités du travail

Les conventions collectives et les contrats d'emploi des dispensatrices de soins de première ligne des régions rurales doivent stipuler clairement les conditions qui permettent de passer du travail à temps partiel au travail à temps plein; qui interdisent les postes fractionnés; qui offrent des primes de rappel pour le travail effectué à l'extérieur des heures normales; qui exigent que les horaires des quarts de travail soient affichés au moins une semaine à l'avance et que les quarts soient prévus à des intervalles d'au moins une semaine.

6. Des mesures incitatives devraient être offertes aux employeurs pour qu'ils améliorent les conditions de travail et salariales des travailleuses et des travailleurs du domaine des soins de première ligne.

Dotation dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales

Il faut améliorer les niveaux de personnel dans les maisons de soins des régions rurales où les médecins et les spécialistes peuvent être inaccessibles.

7. Les maisons de soins infirmiers des régions rurales doivent avoir des exigences plus strictes sur le minimum de personnel pour chaque quart de travail, y compris une disponibilité d'une infirmière autorisée en tout temps, et doivent avoir droit à des stimulants financiers à cette fin.

8. Les exploitantes et les exploitants des maisons de soins infirmiers ont besoin de stimulants financiers pour créer davantage d'emplois à temps plein; il faut aussi leur appliquer des mesures pour les dissuader de créer des emplois à temps partiel.

9. Les pratiques exemplaires doivent porter sur les soins infirmiers, les soins et l'administration dans le contexte des collectivités rurales.

Financement et système de classification dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales

Les systèmes de classification et les formules de financement qui y sont associées doivent tenir compte des besoins particuliers des maisons de soins de longue durée, des travailleuses, des travailleurs et des pensionnaires des régions rurales.

10. Le système de classification doit refléter les aspects comportementaux du travail relatif aux soins (c.-à-d. la démence, les aspects qualitatifs des soins et la main-d'oeuvre vieillissante).

11. Il faut examiner plus minutieusement les enveloppes budgétaires des soins infirmiers des maisons de soins de longue durée des régions rurales.

12. Pour répondre aux exigences financières reliées à la mise en oeuvre de ces recommandations, il peut être nécessaire de modifier les formules de financement pour qu'elles s'adaptent à la ruralité.

13. La capacité des formules des systèmes de classification doit être évaluée pour tenir compte des incidences de la ruralité sur la dotation et les demandes de soins.

Questions liées aux politiques dans les régions rurales
Il faut apporter des changements complémentaires.

14. Il est nécessaire d'investir davantage dans l'infrastructure des régions rurales pour soutenir les soins de longue durée. Il faut améliorer les communications, particulièrement les communications électroniques.

15. Les collectivités rurales devraient envisager d'établir des centres de formation dans leur voisinage.

16. On pourrait offrir des mesures incitatives aux travailleuses et aux travailleurs immigrants qualifiés qui accepteraient de demeurer dans une région rurale durant un certain nombre d'années après leur admission au Canada.

17. Les services régionaux de santé devraient incorporer la participation communautaire de leurs régions rurales respectives dans leurs processus de détermination du financement.

18. Pour obtenir du soutien, les maisons de soins de longue durée des régions rurales devraient établir des liens avec des maisons qui comptent sur de meilleures ressources, le tout basé sur le partage des ressources et de l'expertise dans le cadre de partenariats.

1. INTRODUCTION

> *Ce qui arrive, c'est que les jeunes partent. Au cours du dernier mois, nous avons entendu dire que la succursale de la Banque de Montréal fermera. Elle déménage à ___. Pourquoi ça arrive? Nous avons encore la Banque Royale et la coopérative d'épargne et de crédit. La population de la municipalité diminue, alors nous ne pouvons plus garder trois banques. Stedman's vient de fermer ses portes. L'un des garages vient de fermer ses portes. Les restaurants en souffrent. L'un des bars a fermé la semaine dernière. Les restaurants ont des difficultés.*

Alors, si les jeunes partent, où recrutez-vous les nouvelles personnes qui viennent travailler?

> *Nous supplions et implorons. Notre PDG [président-directeur général] se rend dans les collèges et les universités pour tenter de recruter. Ils sont toujours partis. Nous avons des mesures incitatives : logement gratuit, soutien administratif, sans blague. Toutes les dépenses de notre directrice des soins infirmiers sont payées, les déplacements, la nourriture, tout* (IAA, Ontario).

Les collectivités rurales au Canada doivent relever de grands défis à l'aube du XXI[e] siècle. Entre autres, la crise de l'agriculture prend des formes différentes selon les régions. Elle assure la stabilité des employeurs, des employées et des employés, alors que les personnes jeunes et instruites quittent les collectivités vieillissantes, qu'arrivent les personnes plus âgées qui prennent leur retraite et, dans une moindre mesure, les familles des régions métropolitaines adjacentes aux régions rurales; que les municipalités transfèrent leurs responsabilités aux organisations communautaires en même temps que les écoles, les hôpitaux et les bureaux de la fonction publique ferment, les services étant rationalisés dans les grands centres régionaux et un cadre réglementaire de plus en plus lourd affectant les entreprises, les municipalités et les services publics. Ces questions présentent toutes des obstacles sérieux à la viabilité des collectivités rurales au Canada.

Dans ce contexte, les maisons de soins infirmiers offrent aux collectivités rurales un certain nombre d'avantages de bienvenue : emplois locaux, particulièrement pour les femmes; occasions d'affaires qui requièrent des services indirects; soins apportés aux pensionnaires âgés des régions rurales des alentours; aspects positifs d'un environnement rural pour les nouvelles arrivantes et les nouveaux arrivants. Cependant, ces atouts ne sont pas la panacée et n'assurent pas la viabilité des collectivités rurales. Les médias ont signalé récemment une réalité terrifiante dans le secteur des maisons de soins infirmiers, dévoilant qu'on y trouve de la violence et des emplois instables et peu rémunérés; du coup, ils exposent un secteur ignoré au moment où ce dernier subit certaines des pires conséquences du sous-financement et de la restructuration des soins de santé.

La recherche des 20 dernières années sur les femmes des régions rurales canadiennes a montré que celles-ci portent le poids de la restructuration économique dans ces régions (Keating et Munro, 1988; Teather, 1998; Leach, 1999; Martz et Brueckner, 2003). À titre de dispensatrices de soins pour leurs familles proches et étendues, les femmes des régions rurales sont directement touchées par la réorganisation de leurs services publics. La réorganisation du travail a eu un effet considérabe sur celles qui travaillent dans les secteurs public et privé; celles d'entre elles qui

cherchent du travail dans les collectivités rurales en trouvent fréquemment dans les maisons de soins de longue durée. En Amérique du Nord, ce sont les femmes qui, principalement, dispensent les soins de première ligne en ce qui concerne les soins de longue durée et les soins pour malades chroniques pour les personnes âgées, tant dans le secteur officiel que dans le secteur non officiel (Martin-Matthews, 2001). Qui plus est, vu les différences des taux de mortalité entre les sexes à mesure que l'âge avance, les femmes représentent une majorité significative du près du quart des Canadiennes et des Canadiens de plus de 65 ans qui vivent dans une région rurale (Statistique Canada, 1996). À mesure que la population vieillira, les femmes plus âgées utiliseront de façon disproportionnée les services de soins à long terme et de soins pour malades chroniques dans leurs collectivités. Par conséquent, les répercussions de la politique sur les soins de longue durée ne touchent pas seulement les femmes qui sont employées dans ce secteur, mais aussi la qualité de vie de la population toujours vieillissante, qui est principalement féminine et qui a besoin de soins. La combinaison de ces facteurs fait des soins de longue durée une question importante liée aux politiques pour les femmes des régions rurales, reliant la restructuration, l'égalité entre les sexes, le travail et les collectivités rurales selon des modes particuliers, mais souvent imperceptibles. Ce sont ces liens que nous étudions dans ce rapport.

Ces dernières décennies, la plupart des provinces et des territoires du Canada ont entrepris un examen et une réforme des soins de longue durée. Cela a conduit à de nouvelles orientations stratégiques et, en particulier, au recours à des structures de responsabilisation, comme la vérification des systèmes de classification des patientes et des patients, lesquels contribuent à la prise de décision au sujet du financement de chaque maison de soins infirmiers. Sous leur forme la plus simplifiée, les systèmes de classification des patientes et des patients répartissent les personnes qui ont besoin de soins en fonction des différents niveaux de soins, qui sont en nombre limité (description plus détaillée ci-dessous). Ces niveaux sont établis à la suite d'un examen de la documentation au sujet de l'état de santé de chaque pensionnaire et en appliquant ces renseignements à un outil de mesure normalisé qui établit des postulats au sujet de ce qui est exigé pour répondre aux besoins en matière de soins. Ce dont les systèmes de classification des patientes et des patients ne tiennent pas adéquatement compte, ce sont les besoins variables des personnes qui sont dans des situations semblables et les incidences importantes que ces variations peuvent avoir sur la charge de travail, la sécurité et le bien-être des travailleuses qui dispensent des soins ainsi que des personnes vulnérables qui les reçoivent. L'objectif de notre étude était donc d'étudier les façons dont les systèmes de classification influent sur le travail des dispensatrices de soins de première ligne qui travaillent dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales. Sur la foi de nos constatations, nous prétendons que les systèmes de classification des patientes et des patients organisent le travail de première ligne des femmes dans les maisons de soins infirmiers de façon préoccupante et que ces systèmes ont des conséquences dans le contexte des soins de longue durée dans les régions rurales et pour les collectivités qui s'y trouvent. Nos constatations indiquent qu'un certain nombre de changements doivent être apportés aux politiques pour améliorer la vie et les environnements de travail des femmes qui, en plus grand nombre, sont employées dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales ainsi que la qualité de vie des femmes et des hommes âgés qui y résident.

La perception du besoin des systèmes de classification et leur conception ont surgi dans le cadre de la restructuration du système de santé canadien et ont reposé sur l'idéologie et les pratiques du néolibéralisme. Sumner (2002) a prétendu que, dans les collectivités rurales, le néolibéralisme a pris la forme d'une réforme du secteur public, de réductions des tarifs, de changements à la

structure fiscale et de réduction des services. Qui plus est, les chercheuses et les chercheurs documentent le fait que les collectivités rurales du Canada ont été ébranlées par toutes les conséquences de l'industrialisation de l'agriculture, de la déréglementation qui lui était associée, du déclin de l'exploitation agricole familiale et du passage à un secteur de la fabrication moins exigeant en main-d'oeuvre. Reflétant la tendance qu'on retrouve dans les centres urbains, le secteur des services est désormais le plus grand employeur dans les collectivités rurales. Alors que l'État redéfinit son rôle et ses responsabilités, il s'exerce une pression croissante sur les associations communautaires et les familles pour qu'elles s'occupent d'elles-mêmes, souvent en l'absence de ressources adéquates pour le faire.

Tous ces changements dans les attentes et dans les pratiques de réglementation de l'État ont ouvert la voie aux sociétés pour qu'elles pénètrent dans à peu près toutes les facettes de la vie quotidienne. Malgré le refus continu des Canadiennes et des Canadiens, la privatisation de la santé semble s'introduire sournoisement, les soins de longue durée étant la porte d'entrée de cette tendance. Dans plusieurs provinces, les sociétés privées s'activent à s'introduire dans la prestation des soins de longue durée (Ontario Health Coalition, 2002). Sur le plan démographique, le moment est propice à l'investissement dans le secteur canadien des maisons de soins infirmiers. De plus, de la même façon que la privatisation des soins de longue durée s'effectue sans fracas, car ceux-ci sont moins sous le feu des projecteurs que les soins de courte durée, la voix isolée et éparpillée des collectivités rurales ouvre la voie à la possibilité d'environnements de travail malsains qui pourraient être plus facilement visibles et contestés dans les milieux urbains. Tout cela nous ramène aux systèmes de classification des patientes et des patients et aux fluctuations de la responsabilisation économique et sociale au palier politique.

La présente étude examine les systèmes de classification des patientes et des patients et leurs incidences sur les dispensatrices de soins de première ligne dont la présence est prédominante dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales en Ontario et au Manitoba. Ces deux provinces présentent des conditions très différentes de la ruralité et permettent de mettre l'accent sur la diversité qui caractérise les collectivités rurales au Canada. Elle montrent aussi des différences cruciales. En Ontario, les soins de longue durée dans les régions rurales (et urbaines) sont de plus en plus dispensés par des maisons constituées en sociétés qui sont détenues et exploitées par des intérêts privés (annexe B : tableau 1). Au Manitoba, la privatisation s'effectue à un rythme beaucoup plus lent, la plupart des maisons de soins de longue durée des régions rurales continuant d'être publiques.

Une autre différence importante entre le Manitoba et l'Ontario a trait à la prestation et à l'organisation des soins. Au Manitoba, les soins de longue durée sont beaucoup plus intégrés et coordonnées dans le cadre du Programme de soins à domicile (financé par le gouvernement) qui est très élaboré et centré sur le palier local et sur un système de foyers de soins personnels largement financé par le gouvernement. Les travailleuses et les travailleurs du domaine communautaire et des maisons de soins infirmiers ont des qualifications semblables et peuvent passer des soins à domicile aux foyer de soins personnels à différents moments de leur vie active. Chacune de ces provinces a son propre système de classification, et cette troisième différence jette un éclairage sur la diversité des politiques et des pratiques en matière de soins de santé dans un pays qui est censé revendiquer des soins de santé universels.

Nous relions plusieurs des problèmes que connaissent les travailleuses des maisons de soins de longue durée dans les régions rurales aux exigences des systèmes de classification des patientes et des patients. Ces systèmes ne sont pas des entités vagues et abstraites. Ils constituent plutôt des ensembles coordonnés d'activités qui sont accomplies par de véritables êtres humains et qui sont organisées par des textes visibles et invisibles. À ce titre, les systèmes de classification comprennent les actions de plusieurs personnes qui tiennent un éventail de rôles et dont le travail au jour le jour comporte d'entrer des renseignements dans lesdits systèmes, lesquels, en retour, donnent à ceux-ci une vie propre. Les travailleuses qui dispensent les soins de première ligne passent un temps considérable à remplir des formulaires et à rédiger des textes qui ont trait à l'état de santé et à la sécurité des pensionnaires dont ils ont la charge. En outre, il leur incombe de documenter les renseignements qui sont associés au travail d'autres dispensatrices et dispensateurs de soins de santé et de remplir les formulaires qui protègent les maisons de soins infirmiers pour lesquelles elles travaillent contre les conséquences éventuelles liées à la responsabilité civile. À leur tour, la plupart de ces formulaires servent à l'élaboration d'un plan de soins — le document principal de la classification des patientes et des patients dans les maisons de soins infirmiers. Le plan de soins indique les activités à accomplir pour s'occuper d'un pensionnaire donné. Les renseignements accumulés donnent forme aux plans de soins, qui sont examinés et mis à jour à mesure que la condition du pensionnaire change, et font partie des rapports trimestriels et annuels qui sont préparés sur chaque pensionnaire par des infirmières autorisées (IA) ou par des administratrices et des administrateurs de maisons.

En Ontario, le point culminant de cette activité de classification est atteint un fois par année alors qu'une classificatrice regroupe tous les plans de soins pour chaque pensionnaire et deux rapports. En se fondant sur les lignes directrices gouvernementales, la classificatrice interprète ces documents pour déterminer le niveau de soins qui sera attribué à chaque pensionnaire. Au Manitoba, la classification annuelle fait l'objet d'un rapport produit par les maisons de soins infirmiers et remis à leurs offices régionaux de la santé (ORS) respectifs. Dans les deux cas, on s'attend à ce que des niveaux accrus de soins correspondront à un financement gouvernemental accru, mais cela ne se produit pas toujours ainsi. En Ontario, l'évaluation cumulative des niveaux de soins pour chaque pensionnaire de la maison est envoyée à l'organisme dirigeant provincial pour obtenir un indice de la charge de cas (ICC) pour cette maison par rapport aux autres maisons de la province. Au Manitoba, le financement dépend des ressources disponibles aux ORS et des priorités communautaires. Dans les deux provinces, cette classification vise à contribuer à la prise de décision au sujet de l'affectation des sommes que le ministère accorde à cette maison, ce qui permet aux maisons d'établir des niveaux de personnel et d'acheter les fournitures.

Le recours aux systèmes de classification reflète des changements plus larges qui sont associés à la phase actuelle de la restructuration néolibérale des soins de santé qui a cours dans l'ensemble du pays et, en réalité, partout dans le monde occidental. Ces changements comportent l'imposition d'efficiences dans les soins de longue durée qui se traduisent en caractéristiques, comme le travail sur mesure, dont les « soins-minutes » sont une forme. Cet établissement des priorités fait passer l'efficience économique avant les besoins humains en normalisant le temps qu'il faut pour dispenser les soins, comme les actions de nourrir ou de !. Il vide ainsi ces tâches de toute interaction humaine critique. Aucun temps n'est accordé à l'empathie ou à l'affection physique, si cruciales quand on dispense des soins aux personnes qui en ont besoin. Qui plus est, le fait de calculer l'efficience et le temps ouvre des possibilités à l'entreprise privée, qui peut

créer des formulaires, des logiciels et des programmes de formation, le tout lui permettant de transformer la prestation des soins en profit.

Définitions

Pour que ce rapport soit relativement facile à lire, nous définissons ici certains termes qui y apparaissent fréquemment.

Le terme « **rural** » a été le sujet d'un important débat public qui s'est étendu sur plusieurs décennies, au Canada et ailleurs (Halfacree 1993). Il est aussi sujet à être défini par les gouvernements aux fins de l'élaboration des politiques et du calcul statistique (DuPlessis *et al.*, 2001). Les débats ont produit des façons très différentes de définir le concept, certaines définitions étant fondées sur les dimensions géographiques et d'autres, sur des considérations plus subjectives et qualitatives. Aucune définition n'est sans problèmes ou contraintes. Pour le présent projet, nous avons considéré que les régions étaient rurales si elles se situaient à plus d'une heure d'un centre urbain *et* comptaient moins de 10 000 habitants. Cette définition a été jugée adéquate pour le Manitoba et l'Ontario.

Nous employons l'expression « **collectivité rurale** » dans un sens commun pour exprimer l'espace territorial à l'intérieur duquel les personnes ont des relations interpersonnelles ou par l'intermédiaire d'institutions.

« **Maison de soins de longue durée** » s'entend du lieu de résidence pour les personnes qui n'exigent pas une hospitalisation et dont on ne peut pas prendre soin à domicile. En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée les décrit ainsi : « Les maisons de soins de longue durée sont des maisons spécialement conçues pour accueillir des personnes qui nécessitent à la fois la disponibilité, à toute heure, de services de soins infirmiers et un milieu de vie sécuritaire. En général, les maisons de soins de longue durée offrent des niveaux de soins plus élevés que ceux typiquement disponibles dans une maison de retraite ou un logement avec services de soutien. » (MSSLD, 2005 : par. 1).

Nous utilisons le terme **« maison »,** plutôt que « maison de soins infirmiers », pour signaler explicitement qu'il s'agit d'une maison — avec toutes ses connotations — pour les personnes qui y vivent.

Même si nous utilisons l'expression maison de soins de longue durée dans le présent rapport, l'expression « **maison de soins infirmiers** » est aussi d'usage commun et signifie la même chose. Au Canada, les maisons de soins de longue durée peuvent être sans but lucratif ou à but lucratif, administrées par un gouvernement, une municipalité ou un organisme de bienfaisance, et elles sont toutes réglementées en vertu d'une législation provinciale. Selon la législation provinciale particulière, les maisons de soins de longue durée peuvent aussi porter d'autres appellations (p. ex. « **foyer de soins personnels** » au Manitoba).

Dans les maisons de soins de longue durée, les soins de première ligne qui sont dispensés aux pensionnaires le sont en très forte majorité par une combinaison d'infirmières réglementées et d'aides non réglementées que nous appelons, en tant que groupe, les « **dispensatrices de soins de première ligne** ». Dans la plupart des maisons de l'Ontario et du Manitoba, on trouve des

infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.) qui travaillent avec du personnel infirmier moins qualifié. Les postes intitulés aide en soins de santé (ASS) et préposées aux services de soutien à la personne (PSSP) en Ontario et préposées aux soins à domicile (PSD) au Manitoba, parmi d'autres appellations au pays, exigent moins de qualifications, mais principalement des compétences pratiques. Même si, dans la plupart des cas, ce sont les dispensatrices de soins de première ligne qui prodiguent les soins directs et, dans certains cas, peuvent offrir des médicaments et d'autres formes de soins infirmiers, elles ne font pas partie d'une profession réglementée comme le sont les inf. aux. aut. Dans certains cas, cependant, les ASS, les PSSP ou les PSD peuvent détenir une accréditation IAA.

Outre ses titres officiels, le personnel infirmier qui dispense les soins de longue durée est réparti en fonction d'au moins trois dimensions particulières : la formation, la réglementation et la syndicalisation. Certaines personnes ont une formation officielle en soins infirmiers (IA et IAA) ou en soins de longue durée (certaines PSSP et PSD), alors que plusieurs ASS, PSSP et PSD ne reçoivent qu'une formation en cours d'emploi. Les infirmières autorisées et les inf. aux. aut. réglementées appartiennent aux groupes réglementés des sciences infirmières, exerçant à l'intérieur du champ d'une pratique qui détermine les types d'activités infirmières qu'il est permis d'accomplir (p. ex. l'administration de médicaments). Les aides en soins de santé, les PSSP et les PSD ne sont pas réglementées par une association professionnelle, mais peuvent détenir des certificats de collèges communautaires obtenus à l'issu d'un programme de formation. Certaines dispensatrices de soins de première ligne sont syndiquées, particulièrement celles des rangs supérieurs, alors que d'autres, notamment un certain nombre d'ASS et de PSSP **et** la plupart du personnel infirmier occasionnel (c.-à-d. sans contrat d'emploi permanent), ne le sont pas.

Dans le présent rapport nous employons l'expression générale « **dispensatrice de soins de première ligne** » pour exprimer le milieu entier du personnel de soins de première ligne dans ou parmi les maisons, même si nous pensons que, dans les maisons de soins infirmiers, toutes ces personnes seraient considérées comme des « infirmières » par les pensionnaires et leurs familles. Pour préciser une désignation particulière au sein de ce milieu, nous employons les acronymes « **IA** » et « **IAA** » pour désigner des groupes réglementés particuliers d'infirmières, et « **PSSP** » comme acronyme générique pour les travailleuses non réglementées qui dispensent des soins de longue durée. Il faut remarquer que l'acronyme ASS est d'usage commun dans le milieu des soins de longue durée et apparaît donc régulièrement dans les citations.

Organisation du rapport

Le présent rapport est organisé comme suit. Le chapitre II constitue un examen de la documentation pertinente au sujet et comprend une description des contextes des régions rurales du Manitoba et de l'Ontario. Le chapitre III décrit les méthodes employées et les décisions méthodologiques que l'équipe de recherche a prises. Les chapitres IV et V présentent les constatations principales de l'étude. Le chapitre VI présente la conclusion et les recommandations de l'étude. Les recommandations sont tirées de nos constatations et sont fondées sur certaines recommandations publiées antérieurement. Ainsi, de la même façon que notre étude a braqué son objectif rural sur les soins de longue durée au Canada, nos recommandations tournent le même objectif rural sur les étapes nécessaires pour améliorer le domaine des soins de longue durée pour les personnes qui les dispensent et pour celles qui les reçoivent.

2. CONTEXTE DU PROJET : RESTRUCTURATION, RURALITÉ ET TRAVAIL DANS LE DOMAINE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

« Là où il y a tant de combines, il doit bien y avoir quelque chose qui fonctionne bien. »
[traduction] – Sojourner Truth, 1851[1].

Étant donné l'éventail des questions pertinentes à la présente étude, qui a trait à la restructuration, au travail dans le domaine des soins de santé, aux collectivités rurales et à l'égalité entre les sexes, la documentation vers laquelle nous nous tournons est variée. Pour présenter un contexte complet du projet, nous regroupons cette documentation sous quatre thèmes de discussion. Premièrement, nous indiquons comment nous nous concentrons sur les régions rurales et agricoles de l'Ontario et du Manitoba et nous en décrivons brièvement les caractéristiques. Puis, nous examinons les processus de la restructuration des soins de santé en mettant l'accent sur les expériences de privatisation et de régionalisation de l'Ontario et du Manitoba, qui ont des implications particulières pour les régions rurales. Ensuite, nous discutons de questions reliées au milieu de travail dans le domaine des soins de longue durée, soulignant son caractère très révélateur du sexe qui y prédomine ainsi que les enjeux uniques pour le travail du domaine des soins de longue durée dans les collectivités rurales. Cette partie du rapport se termine par une discussion des systèmes de classification des patientes et des patients, centrée sur les détails des systèmes en usage en Ontario et au Manitoba.

Tendances économiques dans les régions rurales du Canada

Les collectivités rurales sont loin d'avoir été immunisées contre les pressions de la mondialisation économique des dernières décennies (Leach et Winson, 1999; Winson et Leach, 2002). Par exemple, la restructuration a affecté les collectivités rurales en réduisant plusieurs services gouvernementaux qui étaient disponibles à l'échelle locale. Les hôpitaux et les écoles de plus petite taille ainsi que les bureaux des ministères ont été centralisés ou fermés pour économiser de l'argent, ce qui a rendu difficile l'accès des populations rurales à un éventail de services qui sont maintenant dispensés plus loin d'elle que dans le passé. De plus, les succursales de plus petite taille des sociétés privées, comme celles des banques, des sociétés d'assurance, des petits fabricants et des transformateurs de produits agricoles, se sont aussi réinstallées dans de grands centres afin de rendre leurs activités plus économiques ou ont fermé. Par conséquent, la restructuration a conduit à des changements très radicaux sur les marchés ruraux de la main-d'oeuvre dans l'ensemble du Canada, touchant la disponibilité des travailleuses et des travailleurs et des types d'emplois que les populations des régions rurales peuvent trouver. La crise pancanadienne dans l'agriculture a réduit le nombre des emplois reliés aux exploitations agricoles alors que plusieurs de ceux qui restent sont destinés aux travailleuses et travailleurs agricoles migrants sur la base de contrats saisonniers (Preibisch et Hermoso Santa Maria, à venir). En outre, un pourcentage croissant des exploitantes agricoles au Canada travaillent désormais à l'extérieur de l'exploitation agricole pour conserver un gagne-pain (Martz et Brueckner, 2003). Par exemple, une répondante qui résidait dans une région rurale, en Alberta, a déclaré que « tout le monde a un emploi à l'extérieur de l'exploitation agricole, maintenant… tout le monde travaille et court » (Skillen *et al.*, 2002, p. 14). [traduction] Le travail dans le secteur de la fabrication a été touché sévèrement par la restructuration (Brown et Baldwin, 2003).

particulièrement en Ontario. Dans cette province, plusieurs employées et employés d'industries traditionnelles ont effectivement été éliminés par la concurrence mondiale, car les petites usines des régions rurales ne sont plus perçues comme étant économiquement viables (Winson et Leach, 2002). Ces fermetures ont représenté la perte de certains des emplois syndiqués les mieux rémunérés qu'on trouvait dans les collectivités rurales. Dans plusieurs collectivités rurales du sud-ouest de l'Ontario, les industries les plus anciennes ont été remplacées par des usines de pièces d'automobile qui émaillent désormais les paysages ruraux, mais qui sont beaucoup moins susceptibles d'être syndiquées (Sousa et Leach, 2005). Au Manitoba, il y a une expansion dans le secteur de la transformation de la viande, ce qui a créé des emplois bien accueillis dans des collectivités où le chômage était élevé (Yates et Leach, 2005). Toutefois, il peut s'agir d'un travail rude, souvent refusé par les résidentes et les résidents de longue date et considéré inadéquat pour les travailleuses (MacLachlan, 2001). Les coupures de services dans les régions rurales ont réduit l'accès à des emplois relativement bien payés dans le secteur public. Moins d'enseignantes et d'enseignants sont nécessaires ou moins de collectivités en ont besoin. Des bureaux de poste, qui servaient souvent de centres communautaires dans les régions rurales éloignées, ont été fermés, réduisant ainsi l'emploi dans ce secteur, comme dans d'autres bureaux gouvernementaux (Popaleni, 1989).

Le seul secteur en expansion dans les collectivités rurales, ces dernières années, comme dans les collectivités urbaines, est celui des services (Winson et Leach, 2002), mais il offre surtout des emplois à temps partiel qui laissent les travailleuses et les travailleurs sous-employés et sous-payés. Le travail dans le domaine des soins de longue durée est l'un de ceux qui profitent de cette expansion, offrant du travail, quoiqu'à temps partiel, aux femmes (Leach, 1999). Leach signale qu'une bonne part de ce travail destiné aux travailleuses non qualifiées est aussi occasionnel, les heures y étant attribuées hebdomadairement, selon les exigences de la maison de soins infirmiers. Il en résulte que les femmes concilient des emplois à temps partiel dans plus d'une maison de soins infirmiers ou dans une maison de soins infirmiers et dans un autre emploi (dans un restaurant ou un magasin) pour arriver à obtenir ce qui ressemble à un salaire pour un emploi à temps plein.

La fermeture d'hôpitaux dans les régions rurales, alliée aux réductions dans d'autres services de santé, est une autre façon par laquelle la restructuration a eu un impact sur les collectivités rurales. La perte de services cruciaux a été associée à la difficulté d'attirer de nouveaux employeurs dans certaines collectivités (Leach et Winson, 1999). Les fermetures exacerbent le problème persistant auquel font face les collectivités rurales rencontrent quand il s'agit d'attirer des médecins de famille et un plus grand nombre de professionnels de la santé. Pong et Russell (2003) ont suggéré qu'un manque de spécialistes dans les collectivités rurales ne devrait pas surprendre, car plusieurs municipalités sont trop petites pour permettre qu'un médecin y obtienne un moyen de subsistance décent et la plupart des hôpitaux qui s'y trouvent n'ont pas les ressources nécessaires pour soutenir le bureau d'un spécialiste. À moins qu'on ne s'occupe de ces questions fondamentales, il sera difficile d'attirer des médecins à l'avenir dans les régions rurales. Dans les collectivités rurales, les médecins de famille dispensent des soins aux patientes et aux patients qui ont de multiples traumas (Pong et Russell, 2003). Ces facteurs font en sorte que les collectivités rurales n'offrent pas le même niveau de soins de santé que celui qu'on trouve dans les centres urbains. Parallèlement, il y a le fait que les besoins en matière de santé des Canadiennes et des Canadiens des régions rurales diffèrent de ceux des personnes qui

résident dans les milieux urbains. Santé Canada (2002) a déclaré que les réalités rurales qui touchent la santé comprennent l'environnement physique et la démographie changeante, suggérant que ces facteurs doivent être étudiés et commandent « des mesures adaptées au milieu ».

Description des régions étudiées

Ontario

Bien que la population des régions rurales soit actuellement en croissance, particulièrement dans le sud de l'Ontario, en général, elle a diminué de plus de 1 % au cours des 10 dernières années. Comparativement aux régions urbaines, elle vieillit considérablement (Ryan, 2004). Les temps ont changé pour les régions rurales de l'Ontario. Actuellement, cette province compte approximativement 1,5 million de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représente 40 % de la population totale des personnes âgées du Canada. Le nombre d'aînées et d'aînés en Ontario devrait même s'accroître plus rapidement quand la génération du baby-boom atteindra 65 ans, à compter de 2011. On estime qu'en 2041, 23 % de la population de l'Ontario aura plus de 65 ans. Au Canada, 20 % de toutes les personnes âgées vivent dans les régions rurales. Approximativement 40 % de la population de l'Ontario vit dans les régions rurales, dont environ 18 % de toutes les personnes âgées de la province (Statistique Canada, 2001, 2002). Les collectivités rurales vieillissent en même temps que leur main-d'oeuvre.

Les tendances migratoires, à l'échelle nationale et mondiale, ont fait augmenter les populations urbaines et des banlieues de l'Ontario. Des 100 000 immigrantes et immigrant que l'Ontario accueille annuellement, peu s'établissent à l'extérieur des grands centres urbains du sud de la province (Ryan, 2004). Cependant, les nouvelles politiques en matière d'immigration et la riche diversité des personnes qui ont des antécédents culturels différents et qui s'établissent dans les régions urbaines et dans les banlieues ont souvent peu de liens avec l'Ontario rurale et en tiennent moins compte (Conseil rural de l'Ontario, 2001). La migration de sortie de la jeunesse rurale fait vieillir les collectivités à un rythme plus rapide que la moyenne nationale; il est donc moins probable que les enfants adultes seront disponibles à l'échelle locale pour dispenser des soins aux aînées et aux aînés (Dupuy *et al*., 2000; Glasgow, 2000). Pour les Ontariens des régions rurales, la situation est tenue pour critique, car le déséquilibre s'amplifie entre les expériences urbaines et rurales.

Les données du recensement suggèrent que l'économie des régions rurales s'est extirpée de la récession des années 1990 avec beaucoup plus de succès que l'économie urbaine, constituant ainsi une source principale d'emploi pour l'Ontario pour une bonne part de la décennie. L'agriculture, la foresterie, les mines, la fabrication, le tourisme et les autres industries des services et du secteur primaire forment la base économique de l'Ontario rurale. Le Conseil rural de l'Ontario (2001) a indiqué que l'industrie agroalimentaire est une force économique principale, aujourd'hui, en Ontario, se classant deuxième, immédiatement après l'industrie automobile, ce qui reflète une fondation économique solide.

L'économie des régions rurales s'est diversifiée et, aujourd'hui, le secteur des services, qui comprend le commerce de détail, la santé, le tourisme et les communications, est le principal moteur de la prospérité et de l'emploi dans les régions rurales (Douglas, 2001). Cependant,

des problèmes, tant dans le développement des télécommunications que dans la promotion de la santé et de la qualité de vie dans les collectivités, continuent d'être préoccupants. Un manque d'infrastructures adéquates, en raison de problèmes en matière de technologie ou de financement, pose des problèmes importants dans certaines régions rurales où le retard dans l'entretien des routes, les véhicules inadéquats pour les conditions météorologiques difficiles ou l'absence d'électricité et de téléphone (et de connexion à Internet) suscitent un plus grand isolement. Néanmoins, les services non marchands, comme les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers, les écoles et les services sociaux, contribuent considérablement à la viabilité en offrant de l'emploi et des services à différents endroits dans les régions rurales (Douglas, 2001).

Les analystes ont identifié six régions géographiques rurales pour l'Ontario, chacune étant très différente des autres. Le contraste est particulièrement notable entre les économies diversifiées et dynamiques des régions du sud et de l'ouest et les luttes constantes que doivent mener les régions du nord-ouest et du nord-est (Douglas, 2001). Pour ces régions, le fait de trouver la capacité fiscale de maintenir ou d'améliorer l'infrastructure a été un défi particulier. Cependant, les résidentes et les résidents tendent à s'identifier fortement à leurs collectivités et régions rurales respectives (Ryan, 2004). Un rapport portant sur la conférence du Dialogue rural de l'Ontario a défini des stratégies pour édifier et maintenir des actifs ruraux cruciaux (Fuller et Small, 2001). Le document souligne l'établissement des priorités relatives aux actifs et des stratégies au sein du milieu rural ontarien. Il note particulièrement les points de vue uniques des participantes et des participants francophones et autochtones. Le milieu rural ontarien n'est pas un groupe homogène. Par ailleurs, les enjeux qui sont soulevés par la diversité au palier local ont des incidences sur les paliers régionaux et provinciaux (Conseil rural de l'Ontario, 2001).

Dans une proportion de 95 %, la population rurale de l'Ontario ne vit pas sur des fermes. Seulement 35 % du revenu des exploitations agricoles familiales, en 1997, provenaient de la ferme (Ryan, 2004). Bien que les emplois axés sur le savoir suscitent une demande pour des travailleuses et des travailleurs hautement spécialisés, l'infrastructure des télécommunications, particulièrement dans les collectivités nordiques, sans en exclure d'autres, continue de constituer un obstacle. Cependant, plusieurs collectivités rurales sont mal servies en matière de services de soutien en soins de santé, particulièrement quand il s'agit de l'accès à un médecin de famille. La réforme des soins de première ligne, associée à un rôle accru des infirmières praticiennes, est une stratégie qui fait de plus en plus l'objet d'essais en vue de compenser l'offre réduite de médecins dans les régions rurales. La technologie (comme celle employée pour le service Télésanté), joue aussi un rôle, bien qu'on la perçoive parfois comme une ressource gaspillée dans les collectivités sans service téléphonique fiable et qui ont d'autres problèmes de télécommunications.

Voici les menaces relatives aux actifs des régions rurales qui continuent d'influer sur l'objectif de maintenir l'atout que constitue la santé en Ontario (Fuller et Small, 2001 : part. 5.1) :

1. Manque de fournisseurs de soins de santé et d'installations de formation dans les secteurs ruraux.
2. Lacunes au chapitre de l'accès aux services spécialisés (p. ex., imagerie par résonance magnétique).
3. Tendances démographiques (p. ex. vieillissement, faible intensité du peuplement, départ des jeunes hors de la collectivité, etc.).

4. Manque de coordination et de coopération parmi les organismes partageant l'information.
5. Insuffisance des services ou programmes d'éducation ou de sensibilisation en matière de santé préventive, et accès difficile à l'information.
6. Augmentation du coût de la vie (les gens ne peuvent s'offrir les services essentiels, ou y accéder).
7. Gens ne se tournant pas suffisamment vers un mode de vie sain.
8. Accès inégal à l'information sur les soins de santé et sur les soins holistiques.
9. Accès insuffisant au financement et incapacité de satisfaire aux critères d'admissibilité.

Pour enrayer ces menaces, un certain nombre de stratégies et d'actions possibles ont été proposées, notamment : aider à recruter des fournisseurs de services de santé dans les collectivités rurales et éloignées; établir les priorités des régions rurales mal servies; encourager les personnes qui vivent dans les régions rurales à travailler dans des domaines liés aux soins de santé au moyen de mesures incitatives, de bourses d'étude, de promotions et de programmes précoces; effectuer des recherches pour déterminer les raisons pour lesquelles les professionnelles, les professionnels et les dispensateurs et dispensatrices viennent dans les collectivités rurales, y restent et les quittent; et égaliser l'accès aux soins de santé pour les citoyennes et les citoyens qui vivent dans les régions éloignées de manière à ce que des services égaux soient fournis à toutes et à tous (francophones, personnes qui vivent dans les régions éloignées, personnes âgées et autres) (Fuller et Small, 2001).

Manitoba

Plusieurs obstacles se dressent quand il s'agit de dispenser des soins de longue durée à la population âgée du Manitoba. La plupart de la province est constituée de vastes parcelles de terre qui sont éparses et caractérisées par des collectivités qui comptent des populations de 2 000 à 5 000 personnes, en moyenne. Le fait d'établir des services et d'en assurer la prestation dans ces régions coûte beaucoup plus cher et exige beaucoup plus de temps que dans les régions urbaines et plus densément peuplées. La densité de la population au Manitoba est à peine supérieure à quatre persones par mille carré malgré la présence d'une grande région métropolitaine de près de 700 000 personnes qui occupe seulement 1 500 kilomètres carrés. La prestation des services aux personnes âgées est même plus difficile que dans le cas de l'ensemble de la population, car, de la même façon que cela se passe en Ontario et dans d'autres provinces canadiennes, les personnes âgées tendent à demeurer dans les régions rurales alors que les plus jeunes — la main-d'oeuvre de leurs collectivités — déménagent dans les centres urbains toujours plus grands. Cela a engendré certains problèmes qui sont les mêmes que ceux que l'Ontario rurale rencontre. Premièrement, les personnes âgées, dont plusieurs vivent seules, sont de plus en plus isolées. Deuxièmement, les plus jeunes, desquels dépendent les personnes âgées pour établir des soins, tant de manière non officielle qu'au sein de la main-d'oeuvre, sont moins disponibles dans les régions rurales et les petites municipalités (Havens, 2002).

Le Manitoba est au centre longitudinal du continent nord-américain et du Canada. La population totale du Manitoba est légèrement supérieure à un million et est répartie sur un vaste territoire de quelque 640 000 milles carrés (1,7 million de kilomètres carrés). Le plus grand centre urbain, qui est en même temps la capitale provinciale, la ville de Winnipeg, bien que ne couvrant qu'une superficie de 600 milles carrés (1 554 kilomètres carrés), compte pour plus de la moitié de la

population, y compris la population âgée. La deuxième ville en importance (Brandon) a une population inférieure à 40 000 personnes, ce qui signifie qu'à l'extérieur de Winnipeg et de quelques petites villes – quelques grands villages, environ 30 % de la population du Manitoba sont répartis dans les régions rurales et éloignées de la province (Havens, 2002).

La vie rurale a changé considérablement au cours des 25 dernières années, en grande partie parce que les incidences des accords commerciaux internationaux et la perte du Tarif-du-Pas-du-Nid-du-Corbeau[2] modifient grandement le paysage économique de la province. Plus particulièrement, des changements structurels surviennent dans l'agriculture à mesure que le secteur se diversifie et s'industrialise; il y a aussi des changements sociaux concommitants à mesure que les collectivités des régions agricoles du sud de la province vivent cette évolution de la vie économique et communautaire (Carlyle, 1996; Ramsey et Everitt, 2001). Une économie et une société agricoles qui ont déjà été dominées par la variété de blé « king wheat » (Friesen, 1984) se sont diversifiées au point que le paysage agricole est aujourd'hui presque non reconnaissable par rapport à ce qu'il était il n'y a que 10 ou 15 ans.

La terre elle-même a changé, car les exploitantes et les exploitants agricoles se sont mis aux plantes cultivées, comme le lin, le canola, les pommes de terre et les tournesols, et se sont engagés dans l'élevage d'animaux à grande échelle, particulièrement la production porcine intensive. Mais, le marché de la main-d'oeuvre a aussi changé, avec des augmentations du travail à l'extérieur de l'exploitation agricole ou qui n'y est pas lié, particulièrement dans le secteur des services, y compris les soins de santé. Bien que les experts prédisent que les régions agricoles de la province le demeureront, la nature du secteur agricole change radicalement. Les exploitantes et les exploitants agricoles continuent de quitter l'exploitation agricole et la génération suivante ne semble pas voir d'avenir dans l'agriculture. Des enquêtes effectuées auprès des écoles secondaires rurales du Manitoba ont révélé que 6,6 % des élèves seulement prévoient choisir une carrière dans l'agriculture (Ramsey et Everitt, 2001).

La population provinciale âgée de 65 ans et plus a augmenté en proportion de la population provinciale totale, passant de 11,7 % en 1983 à 13,6 % en 2000. Le nombre des personnes de plus de 85 ans était de 21 900, ce qui représente 13,85 % de la population âgée de la province (Santé Manitoba, 2003a).

Tomiak *et al.* (2000) ont tenté de prédire l'entrée dans les maisons de soins infirmiers (foyers de soins personnels) au Manitoba. Les résultats ont indiqué que l'âge avancé est le facteur de prédisposition principal et important pour les hommes et les femmes, comme la situation de famille l'est pour les hommes, particulièrement ceux qui ne sont pas mariés ou qui sont veufs. Outre l'âge, les plus importantes variables associées de façon significative à l'entrée dans un foyer de soins personnels étaient la présence de la démence, qui augmente les probabilités de 20,2 fois pour les hommes et de 10,0 fois pour les femmes, les accidents vasculaires cérébraux et les troubles musculo-squelettiques chez les hommes, ainsi que d'autres troubles mentaux pour les hommes et les femmes. Plusieurs autres facteurs habilitants étaient associés de façon significative à l'entrée dans un foyer de soins personnels pour les femmes, comme le fait de ne pas être propriétaires, le fait de vivre dans une région urbaine, l'offre de lits dans les maisons de soins infirmiers et la disponibilité des médecins. Tomiak *et al.* (2000) ont constaté que pour chaque lit additionnel dans les maisons de soins infirmiers par 1 000 personnes âgées,

la probabilité d'entrée des femmes dans une telle maison augmente de 1 %; et, pour chaque médecin additionnel par 10 000 personnes, elle diminue de 8 %. Cela peut, en partie, refléter la démographie de la vie du troisième âge, au cours duquel les femmes âgées sont moins aptes à recevoir un soutien du conjoint pour les aider à conserver leur indépendance dans la collectivité. Cela reflète aussi vraisemblablement les modèles de migration de plusieurs régions rurales, où le soutien qui ne vient pas du conjoint (famille étendue, particulièrement les enfants) peut être absent ou limité par la distance géographique.

À l'examen des discussions ci-dessus, le choix de l'Ontario et du Manitoba comme lieux de l'étude apparaît évident, particulièrement en ce qui concerne les femmes et les collectivités rurales. Le travail dans le domaine des soins de longue durée est dominé par les femmes. Les taux de mortalité particuliers aux sexes favorisent les femmes, qui vivent plus longtemps que les hommes. Associés aux tendances à la migration de sortie des jeunes, ces taux signifient que plus de femmes âgées auront besoin de soins dans une maison de soins infirmiers au troisième âge, particulièrement dans les régions rurales. L'Ontario et le Manitoba ont des régions rurales importantes qui rencontrent encore des obstacles liés à la technologie et aux télécommunications. Dans les deux provinces, les régions rurales ont connu les incidences des politiques de restructuration économique qui ont amenés plusieurs femmes à chercher de l'emploi à l'extérieur de l'exploitation agricole pour maintenir le mode de vie agricole de la famille ou pour travailler dans des secteurs non liés à la ferme, notamment dans les soins de longue durée. Les deux provinces connaissent des défis semblables associés au vieillissement de leurs collectivités rurales respectives, y compris un besoin croissant de services pour les personnes âgées, et une main-d'oeuvre vieillissante qui pose des défis en matière de recrutement et de conservation des personnes dans un avenir prochain. Enfin, comme nous en discutons ci-dessous, malgré certaines similitudes dans le domaine de la restructuration des soins de santé et une philosophie nationale des soins de santé qui préconise l'universalité, le Manitoba et l'Ontario affichent des différences marquées dans la prestation des soins de longue durée. Pour nos fins, les principaux facteurs sont, premièrement, qu'en Ontario, les soins de longue durée sont de plus en plus dispensés par des sociétés privées, alors que la privatisation du secteur est beaucoup plus lente au Manitoba. Deuxièmement, le Manitoba et l'Ontario utilisent actuellement des instruments différents pour établir la classification des patientes et des patients. De plus, la façon d'utiliser ces instruments est légèrement différente, comme nous le décrivons plus loin dans le présent rapport.

Restructuration des soins de santé et des soins de longue durée en Ontario et au Manitoba

Depuis plusieurs décennies, la restructuration des soins de santé a des répercussions importantes sur les soins de longue durée dans toutes les provinces du Canada. Dans une large mesure, elle est responsable du contexte dans lequel les maisons de soins infirmiers des régions rurales de l'Ontario et du Manitoba sont financées actuellement. Bien que les stratégies adoptées pour la réforme aient varié selon les provinces, un certain nombre de thèmes communs ont émergé. Premièrement, une décentralisation du pouvoir et de la prestation des services a eu lieu. Le besoin de services davantage axés sur la clientèle a été relevé. Un engagement à améliorer l'état de santé des personnes et des collectivités comporte de mettre l'accent sur la prise de décisions plus économiques et responsables fondées sur les preuves. Il y a eu le passage des soins institutionnels, dont le centre d'intérêt était la maladie, à un modèle de services

communautaires axés sur le bien-être. Cela a conduit à une intégration des organismes, des programmes et des services qui visait à réduire le travail en double et le chevauchement dans le secteur. Enfin, on a formulé qu'une plus grande participation des personnes intéressées était une priorité, le tout en mettant l'accent sur la responsabilité individuelle en matière de santé (ICIS, 2000). Cependant, les incidences des stratégies qui visaient à réaliser la limitaion des coûts des soins de courte durée se sont répandues dans l'ensemble des soins de santé.

Incités à le faire par le financement fédéral réduit au cours des années 1980 et 1990, les gouvernements provinciaux ont redirigé une part de leurs budgets de soins de santé, les faisant passer des services institutionnels aux initiatives de soins communautaires, principalement comme moyen de réduire les coûts (ICIS, 2000; Santé Manitoba, 1992). Les services communautaires et le secteur des maisons de soins infirmiers n'étaient pas préparés à ce qui est survenu après (ICIS, 2000). Des hôpitaux et des établissements psychiatriques ont été fermés et les séjours dans les hôpitaux qui sont restés ouverts ont été réduits. Cela a conduit à ce que les personnes âgées qui avaient besoin de moins de soins soient transférées dans des maisons privées ou soient gardées plus longtemps dans la collectivité, souvent sous les soins des membres de la famille. Non seulement les patientes et les patients qui avaient besoin de soins actifs de longue durée ont été transférés des hôpitaux aux maisons de soins de longue durée, mais, en même temps, le nombre des pensionnaires qui avaient des troubles cognitifs et psychiatriques et qui étaient admis dans les maisons de soins infirmiers a augmenté en raison des fermetures d'institutions dans ce secteur (Willson et Howard, 2000; Armstrong et Armstrong, 1999). Pour les établissements de soins de longue durée, cela a produit une demande croissante de services de relève et de soins palliatifs à mesure que les pensionnaires atteints de plus en plus de maladies chroniques devenaient la norme (ICIS, 2000). La nouvelle définition des hôpitaux et des « soins nécessaires » signifie que plus de personnes doivent prévoir leurs propres interventions en matière de santé et se rétablir à domicile plutôt que dans les hôpitaux. En fait, pour une vaste majorité, les personnes âgées reçoivent les soins chez elles ou chez les membres de leur famille. La responsabilité et le coût de ces services sont donc passés des services de soins de courte durée à la personne ou à la famille, la personne qui a besoin de soins et la personne qui dispense ces soins étant habituellement une femme (Armstrong et Armstrong, 1999). Cependant, malgré l'augmentation des soins communautaires pour les personnes âgées, plusieurs d'entre elles continuent d'avoir besoin de soins dans les maisons de soins infirmiers.

La réforme et la restructuration ont accru la pression sur les établissements de soins de longue durée, non seulement en ce qui a trait au fait de rendre compte de leurs dépenses, mais aussi de faire rapport sur l'état de santé des personnes qui sont sous leurs soins (ICIS, 2000). Le changement au plan des politiques qui a conduit, dans toutes les provinces, au transfert des soins de courte durée dans les hôpitaux aux maisons de soins infirmiers se fondait sur deux postulats : les fournisseurs de soins de longue durée coûtent moins cher et exigent moins de personnel formé que les fournisseurs de soins dans les hôpitaux; et les pensionnaires des maisons de soins infirmiers exigent moins de soins (Armstrong et Armstrong, 1999). Ce changement a aussi ouvert des possibilités au secteur privé qui pouvait dès lors s'acquitter des responsabilités ainsi transférées pour offrir un niveau plus élevé de soins dans les maisons de soins infirmiers en chargeant des frais pour au moins une partie des services, particulièrement alors qu'un plus grand nombre de médicaments et de services étaient radiés de la liste (Armstrong et Armstrong, 1999). En fait, les gouvernements de plusieurs provinces, y compris le Manitoba,

l'Ontario et la Nouvelle-Écosse, permettent d'appliquer des prix quotidiens aux patientes et aux patients des hôpitaux qui attendent un lit dans une maison de soins infirmiers, étirant à la limite les dispositions de la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario qui interdit d'exiger des frais pour les services nécessaires dans les hôpitaux (Willson et Howard, 2000; Nouvelle-Écosse, 2001; Armstrong et Jansen, 2004).

Le ministre fédéral de la Santé, Allan Rock, a été cité, disant qu'aucun groupe professionnel n'a autant fait les frais de la restructuration des soins de santé que les infirmières du Canada (Santé Canada, 2002). Les infirmières qui dispensent les soins de longue durée en Ontario et au Manitoba ont sans cesse réitéré leurs préoccupations au sujet des charges de travail, du manque de personnel et des conditions de travail stressantes à mesure que les pensionnaires plus âgés et qui nécessitaient des soins plus actifs devenaient la norme plutôt que l'exception. Une étude de Pricewaterhouse Coopers (2001), qui portait sur les maisons de soins de longue durée de l'Ontario, a indiqué que cette province offrait les niveaux de soins les plus bas parmi l'ensemble des provinces et territoires, alors que les pensionnaires y étaient parmi les plus malades et les plus âgés. Cependant, les idéologies ont continué de changer les politiques pour les diriger vers le modèle entrepreneurial, confiant la tâche d'élaborer des énoncés de mission et des modèles de gouvernance aux infirmières gestionnaires, alors que les dispensatrices de soins de première ligne « luttent pour offrir des soins sécuritaires avec des ressources qui se réduisent parmi la confusion et le chaos des fermetures, des fusions et des conversions » (Willson et Howard, 2000 : p. 45). [traduction] Dans le processus, l'éthique et les aspects interpersonnels des soins de santé ont été sous-estimés, sinon oubliés entièrement (Armstrong et Armstrong, 1999). Le tableau 2 (annexe B) a été utilisé par la Ville de Toronto pour montrer comment les soins de longue durée en Ontario se comparent à ceux d'autres endroits au Canada et aux États-Unis en ce qui a trait au total des heures de soins. Les constatations sont très alarmantes quand on observe que l'Ontario se classe dernière sur le plan du nombre d'heures de soins dispensées, le Manitoba étant immédiatement derrière.

Santé Canada (2002) a suggéré que, dans les années 1990, immédiatement après les coupures budgétaires et les réductions de personnel, il y avait eu une augmentation apparente dans la productivité de base dans le domaine des soins de santé, durant une courte période. Cela a conduit les décisionnaires à croire qu'ils avaient pris les bonnes décisions relativement à la restructuration des soins de santé et à avoir confiance en leurs stratégies de planification. Cependant, la recherche subséquente a montré que, au fil du temps, la réduction du personnel entraîne des coûts plus élevés pour les employeurs, non seulement en raison des frais de surtemps, mais aussi sur les plans du stress et des blessures personnelles au travail qui, à leur tour, ont affecté la qualité du service (Armstrong et Armstrong, 1999). Les changements apportés aux politiques et qui découlent de la restructuration ont entraîné des charges croissantes de patientes et de patients, une réduction des ressources et une diminution des rapports personnel-pensionnaires, parce que les législateurs s'accrochent toujours au postulat désuet que les pensionnaires des maisons de soins infirmiers exigent moins de soins que les personnes qui sont admises dans les hôpitaux.

Ontario : tendances en matière de privatisation et de déréglementation

L'historique de l'Ontario en matière de traitement des personnes âgées qui ont besoin de soins remonte à la création d'établissements particuliers dans les années 1930 (Struthers, 1997). Entre 1900 et 1930, le nombre de Canadiennes et de Canadiens de plus de 65 ans a augmenté de 115 % et il a augmenté encore de 34 % durant les années 1930. Au commencement de la Seconde Guerre mondiale, les rares foyers de bienfaisance ou publics étaient surpeuplés et les listes d'attente étaient longues. Durant les années 1940 et 1950, il y a eu construction de nouveaux foyers publics pour les personnes âgées, qui acceptaient principalement des pensionnaires pauvres (personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale) et qui n'étaient pas malades. Le financement de ces établissements se fondait principalement sur les maigres pensions privées et publiques des pensionnaires âgés. Des histoires horribles de violence et de conditions de vie misérables ont incité Toronto à adopter son premier règlement exigeant l'agrément, l'émission de permis et l'inspection des maisons de soins infirmiers privées en 1947. Mais, plusieurs maisons ont continué de n'être en fait rien de plus que des salles d'attente. Les médecins hygiénistes s'intéressaient peu à elles. À la fin des années 1950, la *Loi sur l'assurance-chômage* a prévu un financement pour les « indigents » qui vivaient dans des foyers de « soins spéciaux ». Ce geste a suscité l'ouverture de plusieurs nouvelles maisons agréées, même si les propriétaires étaient parfois sans expérience ni qualifications.

Néanmoins, l'apport de fonds publics a entraîné une demande de responsabilisation au moyen d'inspections plus efficaces, même si le contrôle réglementaire a été délégué au palier municipal avec de rares ressources pour le soutenir dans cette tâche. À la fin des années 1960, près des deux tiers des pensionnaires des maisons de soins infirmiers (privées ou autres) étaient soutenus par des subventions gouvernementales. Qui plus est, une pression croissante des propriétaires privés pour faire augmenter les subventions gouvernementales a conduit à des hausses des taux. Les demandes pour d'autres augmentations ont entraîné la remise d'avis d'éviction aux patients des maisons de soins infirmiers de Toronto qui recevaient de l'aide sociale. À son tour, Toronto a menacé de déménager les pensionnaires des maisons de soins infirmiers dans des maisons situées à l'extérieur de la ville, où les taux étaient beaucoup plus bas. Cette épreuve de force entre les exploitants privés et le gouvernement s'est poursuivie jusque dans la décennie suivante, quand le gouvernement a enfin annoncé que les soins dispensés dans les maisons de soins infirmiers bénéficieraient de la protection du régime de d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) et s'appliqueraient aux soins médicaux non dispensés en établissement, comme le définissait l'exigence d'au moins 1,5 heure de soins infirmiers qualifiés par jour. Des frais imposés aux usagers feraient aussi partie du coût. Cela a catapulté le secteur dans une transformation : des petits logements exploités par une seule personne et détenus souvent par des femmes, il est passé à des maisons modernes et rentables détenues par des sociétés chargées de rapporter de l'argent aux actionnaires. Dans les années 1980, les chaînes contrôlaient plus de 80 % des plus de 30 000 lits des maisons de soins infirmiers en Ontario.

L'Ontario a adopté le système de classification de l'Alberta, en 1992, et l'a appliqué à toute la province pour recueillir des données pour l'indice de la charge de cas (ICC) qui a conduit à la détermination du financement par jour à accorder aux maisons de soins infirmiers. En 1993, le gouvernement provincial a adopté la *Loi de 1993 modifiant des lois en ce qui concerne les soins de longue durée* (loi 101), qui modifiait les trois lois sur les maisons de soins de longue durée et

réunissait les systèmes des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées. Cette loi 101 a apporté des changements importants :

- le nouveau système de financement fondé sur les besoins des pensionnaires, qui visait à financer les différents niveaux de soins dans les maisons de soins infirmiers;
- un seul processus pour imposer des frais d'hébergement aux pensionnaires;
- les nouvelles exigences d'admission, qui s'appliquent à tous les établissements de la province;
- et une entente de services normalisés qui prévoyait un système de responsabilisation uniforme en échange du financement; la non-conformité à cette entente de services peut entrainer des sanctions de la part du ministère, qui peuvent comprendre, sans en exclure d'autres, la fermeture de l'établissement, le gel des admissions, la mise en tutelle des opérations ou l'annulation de l'entente de services.

En plus des incidences mentionnées ci-dessus, la restructuration a aussi abouti à la déréglementation des tâches qui étaient jusque-là limitées à des professionnelles et des professionnels formés et reconnus par des facultés de médecine agréées. Cela a des implications pour les femmes qui tiennent des rôles dans le domaine des soins de santé et pour les femmes qui reçoivent ces soins. Par exemple, en 1994, la *Loi sur les professions de la santé réglementées* a limité les monopoles détenus par des professionnelles de la santé et permet maintenant la délégation de leurs tâches à des dispensatrices de soins non réglementés qui, dans « des circonstances exceptionnelles », peuvent aussi exécuter des tâches *sans* délégation (Armstrong et Armstrong, 1999). Cette loi a ouvert la porte aux administratrices et aux administrateurs de maisons de soins infirmiers pour qu'il y ait embauche de moins de personnel qualifié à des salaires plus bas pour exécuter des soins de première ligne qui comportent une complexité médicale et qui incombaient antérieurement à des professionnelles de la santé plus qualifiées.

Avant de déposer le projet de loi, le ministère de la Santé de l'Ontario a entendu nombre de requêtes de plusieurs groupes de thérapeutes non réglementés qui cherchaient à obtenir une reconnaissance professionnelle par voie de réglementation. Sous l'impulsion du Conseil de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, le ministère a entendu la requête visant à instituer un organisme de réglementation séparé pour les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, qui leur permettrait d'exécuter certaines tâches infirmières qu'il leur était jusqu'alors impossible d'exécuter et d'établir une norme de pratique. Néanmoins, cela ne s'est pas fait sans controverse (RPNAO, 2002). Au cours de ce débat, la Health Care Aide Association of Ontario a aussi comparu devant l'Assemblée législative pour demander à devenir un organisme de réglementation officiel qui veillerait à la qualité et à la cohérence des soins dispensés aux patientes et aux patients, *particulièrement parce que les aides en soins de santé dispensent la plupart des soins de première ligne aux patientes et aux patients dans les maisons de soins infirmiers*. En présentant le mémoire de son association, la présidente, Mona Robbins, a déclaré ce qui suit :

> La nouvelle Chartered Health Care Association of Ontario cherche à obtenir la reconnaissance et l'acceptation de ses membres pour les soins infirmiers spécialisés qu'ils dispensent... La *Loi sur les maisons de soins infirmiers* stipule

> que les aides en soins de santé ne dispensent que des soins personnels, par exemple, ! les patientes et les patients et s'occuper de leur toilette. Les aides en soins de santé font plus que cela… L'aide en soins de santé est une infirmière auxiliaire et dispense tous les soins infirmiers pratiques de chevet dans les établissements pour malades chroniques et de soins gériatriques de longue durée. Nous faisons la promotion de la santé et du rétablissement en plus de soulager la douleur en faisant rapport à l'infirmière qui prescrit les médicaments. Les aides en soins de santé répondent aux besoins physiques, de soutien, préventifs, thérapeutiques, palliatifs et de réhabilitation de base, de manière à ce que les patientes et les patients retrouvent et conservent un fonctionnement normal. Les aides en soins de santé observent, signalent et communiquent les changements de l'état physique et émotionnel des pensionnaires. Les aides en soins de santé poursuivent la physiothérapie quand la physiothérapeute n'est pas disponible. On nous demande d'évaluer et de donner notre avis relativement aux plans de soins infirmiers… Les aides en soins de santé prennent les températures rectales, portent les gants et administrent les lavements et les suppositoires et autres… Les aides en soins de santé occupent aussi des postes d'administratrices de maisons de repos, prenant des décisions importantes tous les jours, comme l'établissement de normes pour assurer des soins de qualité et l'efficience dans les établissements (Ontario, Assemblée législative de l'Ontario, 1991*)*. [traduction]

Néanmoins, la requête de la Health Care Association a été rejetée et les aides en soins de santé continuent d'exercer une profession non réglementée sans normes de pratique claires et cohérentes et sans relever d'un corps administratif ni en recevoir la protection.

En 1996, les centres d'accès aux soins comunautaires (CASC) avaient remplacé les services de coordination des placements et les programmes de soins à domicile pour devenir les protecteurs de l'accès aux soins de longue durée en Ontario. Nous donnons plus de détails sur les CASC ci-dessous.

Plus récemment, à l'automne de 2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a annoncé la création d'autorités sanitaires locales, appelées réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui visent à améliorer la coordination de la prestation des services de santé au palier local (Ontario Health Coalition, 2004; TCA, 2004). Les RLISS sont liés au ministère par « une entente établissant des objectifs de rendement » et ont la responsabilité de planifier, financer, attribuer et appliquer les priorités provinciales en plus de définir des normes de rendement et des ententes sur la responsabilisation pour les services, notamment les hôpitaux régionaux, les maisons de soins de longue durée, les organismes de services de soins à domicile et de soins de santé en fonction des priorités provinciales (Ontario Health Coalition, 2004). Cela aligne l'Ontario avec presque toutes les autres provinces, y compris le Manitoba, en matière de retrait des responsabilités et du financement du contrôle total de la province pour les placer dans les mains de décisionnaires régionaux (ICIS, 2000). Cependant, contrairement aux modèles intégrés adoptés dans les autres provinces du Canada, les RLISS de l'Ontario ne seront pas des fournisseurs de services cliniques, mais coordonneront la prestation des services. On contiuera de s'appuyer sur les organisations de fournisseurs existantes pour assurer la prestation des services.

Des critiques suggèrent que cette initiative pourrait conduire à des lits inoccupés dans les maisons à but lucratif et faire augmenter les listes d'attente dans la maisons sans but lucratif (TCA, 2004). Néanmoins, on espère aussi (peut-être de façon trop optimiste) que la prise de décisions au palier local puisse conduire à une philosophie plus complète des soins qui offrirait des options aux philosophies dominantes axées sur le marché que perpétue le modèle provincial. Wellsprings et The Eden Alternative sont des pionniers qui ont surgi du secteur sans but lucratif, faisant la promotion d'un modèle plus attentif et social des soins de longue durée. Une administratrice d'une maison de soins infirmiers du Manitoba qui a répondu à l'entrevue a parlé de lancer de tels modèles dans les petites maisons de soins infirmiers des régions rurales comme étant un objectif idéal. Cependant, une source principale, qui coordonne les programmes des régions rurales dans le secteur psycho-gériatrique, a exprimé son inquiétude que les problèmes des régions rurales puissent être oubliés dans un système régionalisé.

> *Je m'inquiète parfois de ce qu'en nous régionalisant, les choses deviennent trop comme en milieu urbain, et cela me préoccupe. J'ai certainement vu cela dans le contexte de mon poste, même quand je vais à des réunions pour tenter de dire attendez une minute, prenez du recul, il y en a parmi nous qui viennent de régions à prédominance rurale... cela ne touche même pas à ce qui se passe au nord... nous ne pouvons pas utiliser un élément de comparaison métropolitain.*

Il semble, toutefois, que la régionalisation des soins de santé en Ontario connaîtra un départ cahoteux. Avec le peu de consultation en cours de mise en oeuvre et des membres des conseils d'administration nommés, les 14 RLISS devront prouver qu'ils peuvent offrir des changements fondamentaux, faire preuve de transparence, le tout en se donnant des procédures de protection ainsi que des poids et contrepoids pour gagner la confiance des collectivités rurales et urbaines (OHC, 2004).

Soins de longue durée : politique, processus et profil des pensionnaires

Ontario

En Ontario, il existe, historiquement, trois catégories d'établissements de soins de longue durée : les maisons de soins infirmiers, les foyers municipaux pour personnes âgées et les foyers de bienfaisance pour les personnes âgées. Même si presque tous les pensionnaires exigent un éventail semblable de soins, les services doivent être fournis comme le prévoit le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée*[3]. Les maisons de soins infirmiers reçoivent leur permis du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et doivent se conformer aux dispositions de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*. Les structures de gestion à but lucratif et sans but lucratif existent, les foyers municipaux étant administrés par les municipalités et les foyers de bienfaisance étant assujettis à des lois différentes.

À titre de sociétés sans but lucratif, les CASC ont le mandat de fournir des renseignements sur les services et les programmes publics, d'effectuer des évaluations, de déterminer qui est admissible aux soins et qui les dispense ainsi que d'assurer que les services sont fournis. Toute personne qui demande ou qui a besoin de soins à domicile ou d'un placement dans une maison de soins de longue durée doit passer par les CASC (Armstrong et Armstrong, 1999). Il n'y a pas de frais imposés aux utilisateurs pour les services offerts par les CASC et, dans une certaine

mesure, la personne qui fait la demande et l'établissement ont le droit de refuser. L'admission dans une maison de soins infirmiers exige un numéro valide de l'assurance-maladie de l'Ontario et les pensionnaires doivent avoir 18 ans et plus. La restructuration des soins de santé en Ontario, qui a entraîné le congé des malades chroniques des hôpitaux, en raison du besoin de lits, a mis une pression énorme sur les ressources des CASC. Parfois, cette pression s'est traduite par le fait que les patientes et les patients devaient payer pour les soins additionnels nécessaires dispensés à domicile ou entrer dans une maison de soins infirmiers, parce qu'il leur était impossible de vivre à la maison sans soutien (Laschinger *et al.*, 2001).

Contrairement au Manitoba, les sociétés privées possèdent la plupart des maisons de soins infirmiers en Ontario. Les personnes qui vivent dans une maison de soins infirmiers paient des frais pour leur hébergement qui peuvent varier d'une chambre de base (1 480,99 $ par mois) à un hébergement privilégié dans une chambre privée (2 028,49 $ par mois). Si une personne âgée n'est pas en mesure de payer ces tarifs, des subventions gouvernementales sont accordées au taux de base (MSSLD, 2005). Les maisons de soins de longue durée de l'Ontario ont deux sources principales de revenu (le financement gouvernemental et les frais imposés aux pensionnaires), quoique d'autres sources moins importantes existent, notamment les paiements de subventions provinciales, les frais d'hébergement chargés aux pensionnaires, les déductions d'impôt municipal et sur le capital, le financement des coûts de construction et la reconnaissance de l'agrément (Armstrong et Armstrong, 1999). Les exploitantes et les exploitants de maisons de soins infirmiers peuvent aussi contribuer à l'exploitation de leurs maisons à l'aide de campagnes de réunion de fonds ou d'autres sources de revenu qui leur sont accessibles.

Quand on considère le contexte des coûts et des systèmes de financement des maisons de soins infirmiers, il est important de mettre l'accent de nouveau sur la variété des systèmes d'administration et des stratégies en matière de soins de santé qui existent dans l'ensemble du Canada; il faut aussi insister sur les scénarios qui constituent des dilemmes pour les personnes âgées qui ont besoin de soins dans une maison de soins infirmiers, malgré l'idéal philosophique des soins de santé universels entièrement financés. Par exemple, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les soins de longue durée dispensés dans les maisons de soins infirmiers sont exemptés de la définition « médicalement nécessaire » relative à la protection de l'assurance-santé (DVA, 2005). Cependant, de plus en plus, les services offerts aux pensionnaires *sont* médicalement nécessaires. Qui plus est, pour les personnes âgées, les coûts d'entrée dans les maisons de soins infirmiers varient dans l'ensemble du pays, certaines provinces exigeant des tarifs fixes et d'autres exigeant des examens des ressources (DVA, 2005). Comme, techniquement, les établissements de soins de longue durée ne sont pas des hôpitaux, on ne considère pas que le fait de ne pas assurer les soins dispensés dans les maisons de soins infirmiers viole la lettre de la *Loi canadienne sur la santé*.

Toutes les maisons sont assujetties régulièrement à un examen et à une inspection ainsi qu'à des visites d'inspection impromptues. Des conseillères et des conseillers en matière de conformité, normalement des infirmières autorisées qui ont travaillé dans le domaine des soins de longue durée et à titre de superviseures de programmes dans des bureaux régionaux, travaillent en partenariat pour veiller à ce que les normes relatives aux soins à dispenser aux patientes et aux patients et les exigences de la législation soient respectées (MSSLD, 2001). Toutes les maisons de soins infirmiers doivent respecter les droits des pensionnaires tels qu'ils sont définis dans les

trois lois sur les maisons de soins de longue durée. Quant à la *Charte des droits des patients*, elle doit être affichée en évidence dans les maisons. Ces droits mettent l'accent sur la participation des pensionnaires à la planification et à l'évaluation des plans de soins ainsi que des programmes et des services des maisons de soins infirmiers. De plus, les maisons doivent organiser et maintenir un conseil des pensionnaires.

Un profil des pensionnaires des maisons de soins infirmiers jette un éclairage sur certaines des responsabilités en matière de soins qui incombent au personnel infirmier.

En 2002, 56 595 personnes étaient classées comme faisant partie des gens hébergés dans les maisons de soins infirmiers en Ontario. Les pensionnaires des maisons de soins infirmiers de l'Ontario sont principalement des veuves et l'âge moyen de leur admission est de 80 ans. Selon un rapport de Pricewaterhouse Coopers (2001), 73 % des pensionnaires étaient des femmes, 44,2 % ne pouvaient pas retrouver leur chambre, 64,4 % avaient des difficultés de communication et 64 % avaient une certaine forme de démence. De plus, le taux de dépressions dans les maisons de soins de longue durée de l'Ontario était plus élevé que dans toutes les autres provinces et tous les autres pays mentionnés dans le rapport. Le diagnostic prévalent est la démence ou d'autres troubles mentaux, comme la maladie d'Alzheimer, mais d'autres maladies et déficiences musculo-squelettiques sont aussi communes. La plupart des pensionnaires ont des degrés variés d'incontinence. Les activités de la vie quotidienne sont difficiles pour la plupart des pensionnaires, qui ont habituellement besoin d'aide pour se !, prendre un bain, s'occuper de l'élimination et de la propreté, manger et sortir du lit. La plupart des pensionnaires ont besoin de traitements pharmacologiques qui doivent être administrés par le personnel de première ligne, le tout variant des médicaments topiques, des crèmes et des onguents jusqu'à l'oxygène, les stomies et les cathéters. Les indicateurs, ou les catégories de soins, associés au système de classification de l'Alberta fournisent des renseignements sur les exigences en matière de ressources pour les pensionnaires. En Ontario, les niveaux de soins varient de A (les moins intensifs) à G (les plus intensifs). Cependant, la plupart des pensionnaires des maisons de soins infirmiers se trouvent dans les catégories E et F, qui exigent beaucoup de ressources, ce qui jette un éclairage sur l'importante demande de services et de soins infirmiers.

Manitoba : la régionalisation

La décentralisation de la prestation et de l'administration des services de soins de santé qui a eu lieu au Manitoba et dans plusieurs autres provinces présente une différence importante entre le processus de restructuration des soins de longue durée du Manitoba et celui de l'Ontario. En Ontario, la régionalisation n'a commencé qu'en 2005 avec l'arrivée des RLISS. Au Manitoba, la régionalisation au moyen de la création et de l'adaptation continue des ORS est la marque de la restructuration des soins de santé et des soins de longue durée dans la province à ce jour.

Le système de santé du Manitoba a connu des changements considérables depuis le début des années 1990. Ces changements ont notamment eu des incidences sur les hôpitaux (séjours plus courts, fermetures d'hôpitaux, réorganisation du personnel) et causé des augmentations des frais imposés aux utilisatrices et utilisateurs (c.-à-d. les services chiropratiques). La réforme des soins de santé a été entreprise au début des années 1990 par les Progressistes Conservateurs du premier ministre Gary Filmon (1988-1999). Elle reflète un mouvement de la province vers la droite. Un examen des documents de Santé Manitoba du début des années 1990 ne révèle aucune mention

de la privatisation ou de la régionalisation, malgré des preuves de tentatives de privatiser les soins à domicile et une certaine croissance du nombre des foyers de soins personnels privés qui ont obtenu un permis de la province. Dès 1992, toutefois, le nouveau plan de la province, *Plan d'action manitobain : Pour un meilleur système de santé*, a défini les objectifs relatifs à des services de santé adéquats, efficaces et économiques. En particulier, celui-ci visait l'élaboration de mécanismes pour évaluer et surveiller la qualité, l'utilisation et le rapport coût-efficacité des soins, pour promouvoir des attentes raisonnables de la part du public en matière de soins de santé et pour favoriser la prestation de services différents et moins chers (Santé Manitoba, 1992). Comme cela a été le cas en Ontario, une partie du mouvement vers des soins moins chers au Manitoba a été le passage à des soins de longue durée à l'extérieur des hôpitaux de soins de courte durée et, en particulier, dans des foyers de soins personnels publics et non exclusifs du Manitoba. On a prétendu que des lits d'hôpitaux pourraient être fermés, car les patientes et les patients qui les utilisaient pourraient être servis mieux et à un meilleur rapport qualité-prix dans les maisons de soins de longue durée. Ainsi, entre 1992 et 1998, 436 nouveaux lits dans des foyers de soins personnels ont été créés au Manitoba, alors que 1 200 lits d'hôpitaux de soins de courte durée étaient fermés.

Comme en Ontario et dans d'autres provinces et territoires canadiens, la réforme des soins de santé s'est faite sous l'impulsion de la réduction du financement fédéral, particulièrement les réductions du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui ont commencé en 1995. Le besoin de contrôler les dépenses publiques est devenu une priorité qui non seulement correspondait aux priorités d'un gouvernement conservateur, mais s'inscrivait dans le climat économique élargi dans une province qui se remettait de la restructuration dans l'agriculture, sa base économique principale. La régionalisation a été perçue comme une possibilité de réduire les coûts et, simultanément, de retirer le contrôle de la prise de décisions aux « grosses » bureaucraties du gouvernement provincial. Ce préjugé favorable à l'égard de la gouvernance régionale est devenu un élément principal de la réforme de la santé du Manitoba et, donc, de la structure de la prestation des soins de santé, y compris celle des soins de longue durée.

Avant la restructuration, au Manitoba, le secteur des soins de santé était constitué de nombreux employeurs (pour le plupart des hôpitaux, mais aussi certaines maisons de soins de longue durée). Des publications du gouvernement provincial suggèrent qu'un grand but de la régionalisation des soins de santé était d'améliorer la responsabilisation au sein du système. Plutôt que d'avoir à traiter avec des dizaines d'institutions séparées et de devoir évaluer l'efficacité de chacune, le ministère provincial de la santé a regroupé les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers (appelées foyer de soins personnelss au Manitoba) dans les régions. Cette initiative a décentralisé la responsabilité de l'administration et de la mise en oeuvre de la politique provinciale en matière de soins de santé vers les institutions qui se trouvent dans la région, la faisant passer des bureaucraties du gouvernement provincial à la bureaucratie de chacun des offices régionaux de la santé (Payne *et al.*, 2002). Ainsi, le Manitoba a entrepris — et poursuit — une restructuration qui a décentralisé la prestation et le financement des soins de santé (y compris les soins à domicile et les foyers de soins personnels) au moyen de la mise sur pied des ORS. Bien que les décisions budgétaires finales relèvent toujours de Santé Manitoba, comme, d'ailleurs, le contrôle législatif sur la protection au moyen des prestations de maladie provinciales et de la législation particulière qui précise les activités des foyers de soins personnels, le véritable travail qui consiste à dispenser

des soins et à s'occuper des questions liées à l'emploi des travailleuses et des travailleurs qui dispensent ces soins s'effectue au palier des ORS.

Actuellement, 11 ORS fonctionnent au Manitoba. L'initiative gouvernementale de régionalisation a été entreprise en partie parce que les ORS sont perçus comme étant plus en mesure d'évaluer l'état de santé et les enjeux dans les collectivités et, par conséquent, comme étant les mieux placés pour prendre des décisions relativement aux besoins et à la prestation des services, des programmes et des soins. Les ORS visent à faciliter les décisions fondées sur les besoins du système de santé (concentration sur les régions arbitrée par la politique provinciale et fédérale) plutôt qu'à mettre l'accent sur la perception des besoins de chaque institution (Santé Manitoba 1997).

Les soins à domicile et les soins de longue durée (soins généraux, spécialisés et de relève dans les foyers de soins personnels) sont deux des dix domaines principaux de services dont tous les ORS des régions rurales et du Nord sont responsables (Santé Manitoba, 1997). Les offices sont responsables, dans le contexte de l'orientation de la politique provinciale et de la *Loi canadienne sur la santé*, de l'évaluation et de l'établissement des priorités en matière de besoins et d'objectifs relatifs à la santé pour leurs collectivités, de la planification locale et de l'intégration et de la surveillance de l'efficacité et de l'efficience des services de la région. Les ORS doivent rendre des comptes directement à Santé Manitoba et, particulièrement, au ministre de la Santé. La province fournit tout le financement des ORS. En 2002, les 11 ORS avaient la responsabilité de quelque 1,7 milliard de dollars pour les dépenses en santé. Cependant, ce n'est qu'en 2002 qu'on a permis aux travailleuses et aux travailleurs qui dispensent les soins de santé de faire partie des conseils d'administration des ORS.

Les critiques de la régionalisation au Manitoba ont exprimé leurs inquiétudes que la mise sur pied des ORS permette à Santé Manitoba et au ministre de la Santé d'abandonner la responsabilité des décisions relatives à la planification des soins de santé tout en conservant le contrôle sur le financement. Ces personnes se préoccupent aussi du fait que les membres des conseils d'administration des ORS sont nommés et non pas élus (Willson et Howard,2000). Il est intéressant de constater que la critique au sujet des nouveaux RLISS, en Ontario, reflète les inquiétudes soulevées au Manitoba, puisque qu'il n'y a pas eu de consultation et que les administratrices et les administrateurs sont nommés là aussi (Ontario Health Coalition, 2004). Une évaluation du processus de régionalisation n'a pas encore été effectuée pour voir si celle-ci atteints ses buts et ses objectifs (Willson et Howard, 2000).

Soins de longue durée au Manitoba aujourd'hui

La bureaucratie de Santé Manitoba qui traite des soins de longue durée demeure lourde, mais il faut relever certaines divisions et sous-sections capitales. Le Fonds d'assurance-maladie paie les coûts des programmes aux offices régionaux de la santé pour les soins de courte et de longue durée, les soins à domicile ainsi que pour les services communautaires, de santé mentale, d'urgence et de transport. Des sommes sont accordées aux régions pour qu'elles fournissent des services de maisons de soins infirmiers et de santé communautaire qui couvrent l'ensemble du continuum des soins de santé. Les objectifs du Fonds sont de concevoir un système de prestation des services qui réponde économiquement, efficacement et utilement aux besoins des différentes régions; qui veille à la conformité aux normes provinciales dans les services principaux; qui

assure la responsabilisation en matière de fiscalité et de programmes; et qui offre des services additionnels, au besoin, en se fondant sur les évaluations de la santé communautaire, sur les priorités prinvinciales et locales et sur les ressources disponibles (Santé Manitoba, 2004).

Au sein de la Direction de la politique et de la planification, la sous-section responsable des soins communautaires, de courte durée et de longue durée a été réorganisée et a reçu une nouvelle appellation en 2004, Seniors and Persons with Disabilities Unit. Cette nouvelle sous-section se concentre sur le continuum à long terme et sur la planification des systèmes (de trois à cinq ans) dans les domaines des soins à domicile, des soins de courte durée, des soins de longue durée et des soins palliatifs. Elle agit comme chef de file en matière d'élaboration des politiques en collaboration avec d'autres ministères, les ORS et les organisations communautaires (Santé Manitoba, 2004).

Au sein de la Division des finances de Santé Manitoba, la Sous-section des offices régionaux de la santé s'occupe de l'affectation et de la surveillance du financement accordé aux ORS comme l'exige la législation et conformément à la politique de Santé Manitoba. La Sous-section travaille avec les ORS à appliquer la politique de crédits budgétaires en examinant les plans de santé pour les prévisions, en surveillant le rendement des opérations et en examinant et préparant les états financiers de fin d'année. Les Services des soins à domicile ont la responsabilité d'assurer que la structure des tarifs est équitable pour les clientes et les clients qui reçoivent des soins de longue durée pour conserver un nivau de revenu adéquat (Santé Manitoba 2004).

Contrairement à l'Ontario, où la plupart des maisons de soins infirmiers appartiennent à des intérêts privés, au Manitoba, les soins à long terme, en institution ou dans les maisons de soins infirmiers sont massivement dispensés dans les foyers de soins personnels publics. En mars 2000, il y avait 124 foyers de soins personnels agréés au Manitoba et un total de 9 385 lits. De ce nombre de foyers, seulement 15 % appartenaient à des intérêts privés et étaient exploités à des fins lucratives en vertu de contrats passés avec leurs ORS respectifs. Les autres 85 % étaient exploités par des organismes sans but lucratif, y compris des organisations religieuses et de bienfaisance, ou directement par leurs ORS respectifs (Santé Manitoba, 2000). La protection comprend l'hébergement en chambre normalisé, les repas, les services infirmiers de base, les fournitures médicales et chirurgicales usuelles, les médicaments d'ordonnance, la physiothérapie, l'ergothérapie ainsi que les services de tous les jours, comme la buanderie et le service de lingerie. Les pensionnaires paient des frais journaliers de séjour fondés sur une échelle mobile qui tient compte du revenu. La province paie le reste des frais journaliers bruts établis annuellement par Santé Manitoba. En août 2000, le taux minimum était de 26,30 $ par jour et le taux maximum, de 61,40 $. Ces frais ne couvrent qu'une portion de ce qu'il en coûte pour demeurer dans une maison de soins personnels. La province paie le reste des coûts par patiente et patient par l'intermédiaire des ORS, le financement étant transmis aux maisons de soins infirmiers une fois que le niveau de classification des soins a été déterminé.

Pour être admissibles à entrer dans une maison de soins infirmiers ou dans un foyer de soins personnels, les personnes doivent détenir une carte santé du Manitoba qui indiquent qu'elles sont des pensionnaires inscrits dans la province. Chaque résidente et résident de la province, durant toute sa vie, peut avoir accès aux soins à domicile pour faire évaluer son admissibilité,

laquelle, selon la situation de la personne, peut conduire à un placement dans un foyer de soins personnels. Pour le placement dans les foyers de soins personnels, la priorité est accordée aux personnes qui n'ont pas d'autres options en matière de soins et à celles qui ont besoin de services quotidiens, et ce, dans la mesure où il n'est plus possible d'offrir ces services à domicile.

Pour son admission dans un foyer de soins personnels, la requérante ou le requérant voit sa demande étudiée par un comité. Cette démarche constitue une protection pour les pensionnaires qui ont besoin de soins à domicile ou doivent entrer dans un foyer de soins personnels, comme celle qu'appliquent les CASC en Ontario. Le comité comprend habituellement une ou un gestionnaire de programmes de soins à domicile, le médecin hygiéniste de la région, une travailleuse sociale ou un travailleur social et des représententantes et représentants des maisons et des membres des familles, au besoin. Une planificatrice ou un planificateur de congé de l'hôpital peut aussi y participer si la personne vient d'un hôpital plutôt que d'ailleurs dans la collectivité. Le comité a le mandat de répondre aux besoins en matière de soins sans risque pour l'état mental, social et de santé; d'assurer un placement dans un établissement de soins qui procure un environnement sécuritaire et permet de conserver un degré d'indépendance en même temps que les soins de soutien ou de traitement nécessaires; d'offrir aux gestionnaires de cas le soutien nécessaire de plusieurs disciplines en matière de consultation, d'orientation et de recommandations. Les évaluations comprennent des éléments cliniques, de santé et de fonctionnement social. Le comité responsable des évaluations dans chaque région établit que le placement dans un foyer de soins personnels est nécessaire, détermine le niveau de soins de la personne conformément aux critères établis, définit le besoin prioritaire de placement et évalue la possibilité que la ou le pensionnaire reçoive son congé du foyer de soins personnels pour retourner dans la collectivité.

La demande de placement dans un foyer de soins personnels est entreprise par une coordonnatrice ou un coordonnateur de cas du Programme de soins à domicile ou par une coordonnatrice ou un coordonnateur que nomme un ORS ou par une planificatrice ou un planificateur de congé de l'hôpital si la personne ne reçoit pas de soins à domicile. La documentation relative à la demande qui est évaluée par le comité comprend une évaluation par la coordonnatrice ou le coordonnateur de cas, un rapport médical et d'autres renseignements médicaux. Ce processus se fait au palier des ORS, généralement sur la base des demandes présentées. Certains ORS peuvent avoir des réunions plus fréquentes de ces comités que d'autres, selon le nombre de demandes de placements qu'ils ont à traiter. Néanmoins, malgré l'exigence de passer par un comité, des coordonnatrices et des coordonnateurs de cas affirment que des pensionnaires ont été admis dans un foyer de soins personnels sans avoir dû passer par ce processus, ce qui cause des problèmes aux fournisseurs de soins, qui n'ont pas les évaluations pour ces pensionnaires qui arrivent, et aux pensionnaires, qui doivent passer par ce processus après avoir emménagé dans la maison de soins infirmiers.

Comme c'est le cas pour les maisons de soins de longue durée en Ontario que les CASC abordent pour qu'elles offrent des soins, jusqu'à un certain point, chaque foyer de soins personnels a la responsabilité de se donner la capacité de répondre aux besoins de chaque requérante ou requérant avant de l'accepter sur sa liste d'attente. Les administratrices et les administrateurs des foyers de soins personnels doivent collaborer avec les coordonnatrices et les coordonnateurs de cas pour veiller à respecter les pratiques d'admission et à refléter les besoins de leurs collectivités respectives et pour que la requérante ou le requérant puisse recevoir les

soins en toute sécurité. Le foyer de soins personnels informe la personne, ou une personne qui agit en son nom, quand un lit devient disponible. Bien qu'elle ait reçu les évaluations effectuées pour le comité, la maison de soins infirmiers entreprend des réévaluations au moment de l'accueil et procède à d'autres évaluations trois mois plus tard pour veiller à ce que les renseignements sur l'état des pensionnaire soient exacts.

Seulement quelque 5 % des Manitobaines et des Manitobains qui ont entre 75 et 79 ans vivent dans un foyer de soins personnels. Approximativement 90 % des personnes qui ont 90 ans et plus, cependant, demeurent dans un tel foyer. La proportion des pensionnaires « très âgés » des foyers de soins personnels (âgés de 85 ans et plus) a augmenté, passant de 51 % en 1990 à 55 % en 2000. L'âge moyen au moment de l'admission a augmenté, passant de 81,9 ans dans les foyers de soins personnels de l'extérieur de Winnipeg, en 1990, à 83 ans, en 2000. L'âge moyen des pensionnaires est passé de 83,6 ans dans les foyers de soins personnels de l'extérieur de Winnipeg, en 1990, à 84,3 ans, en 2000 (Roos *et al.*, 2001a, b). En même temps que les pensionnaires qui entrent dans les maisons sont de plus en plus âgés, le niveau des besoins des pensionnaires des foyers de soins personnels au Manitoba augmente et cela a des conséquences graves pour les préposées aux soins à domicile qui dispensent les soins de première ligne. Si on se penche sur les différents niveaux de soins, on se rend compte que les personnes évaluées au niveau 2 exigent environ deux heures de soins infirmiers dans une période de 24 heures, alors que celles qui sont évaluées aux niveaux 3 et 4 exigent au moins 3,5 heures de soins infirmiers par jour. Bien que la proportion des pensionnaires évalués au niveau 2 qui entrent dans les maisons de soins infirmiers ait diminué entre 1990 et 2000 (parce que ce sont des personnes qui sont maintenant soignées au moyen des services de soins à domicile), la proportion des pensionnaires qui exigent des soins des niveaux 3 et 4 a augmenté de plus de 6 %. Une autre façon d'envisager la situation est celle-ci : en 1994, 44 % des pensionnaires avaient été évalués aux niveaux 3 et 4, mais, en 2001, la proportion était passée à plus de 50 % (Martens *et al.*, 2003).

Alors, on pourrait s'attendre à ce qu'avec les niveaux croissants d'acuité des besoins des personnes qui entrent dans les maisons de soins infirmiers, le financement augmente de façon concomitante pour couvrir le coût des soins complexes. Cependant, cela ne semble pas être le cas. La proportion des Manitobaines et des Manitobains âgés de 75 ans et plus devrait augmenter de 12 % d'ici 2020, ce qui soulève des questions importantes au sujet de la capacité du système actuel d'absorber ces besoins croissants en matière de soins.

En comparant l'Ontario au Manitoba, nous avons deux provinces qui ont des protections pour coordonner l'accessibilité aux soins à domicile et aux maisons de soins infirmiers et qui coordonnent les évaluations qui sont la base pour pouvoir entrer dans une maison de soins infirmiers; ces provinces ont aussi des pensionnaires plus âgés dont les niveaux d'acuité des besoins sont plus élevés au moment de leur entrée dans les maisons de soins infirmiers, mais qui diffèrent sur les plans suivants :

- les types de systèmes de classification utilisés avec différents niveaux de soins;
- l'administration et la répartition du financement des soins de santé;
- un processus exécuté par un comité plutôt que par les CASC;
- le coût des soins.

Travail dans le domaine des soins de longue durée : effets sur l'égalité entre les sexes et sur les régions rurales

Plusieurs des problèmes qui touchent les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales affectent aussi leurs homologues des régions urbaines. Cependant, dans le contexte de la ruralité, le travail dans le domaine des soins met en lumière la façon dont les femmes qui accomplissent ce travail sont placées dans une situation qui pose un double risque du fait de leur emplacement géographique.

Bien que la documentation existante traite des enjeux liés au travail dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales, peu de sources examinent la convergence des facteurs qui incitent les femmes à travailler dans ces maisons et les façons dont les changements qui surviennent dans les collectivités rurales ont des incidences sur les travailleuses de ce secteur. Pour les dispensatrices de soins de longue durée de première ligne, les réalités des régions rurales comprennent la rareté de l'expertise spécialisée en santé; une main-d'oeuvre vieillissante, car les jeunes travailleuses et travailleurs quittent les régions rurales; l'acuité croissante des problèmes de santé des pensionnaires qui exige plus de connaissances et de compétences qu'il n'est pas facile d'obtenir; et l'isolement qui fait des déplacements un important facteur, particulièrement l'hiver. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les collectivités rurales connaissent des changements économiques radicaux et, de plusieurs manières, les attentes et les idées au sujet du travail rémunéré et non rémunéré et des rôles sociaux des femmes sont beaucoup moins susceptibles de changer. La combinaison de ces facteurs fait du travail dans le domaine des soins de longue durée une option en croissance pour les femmes des régions rurales, mais une option qui n'est pas toujours bonne.

Les soins de santé sont principalement un travail de femmes (Armstrong et Daly, 2004). En 2001, 95 % des IA du Canada étaient des femmes (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003b; ICIS, 2000). La proportion des femmes qui travaillent dans les soins de longue durée est encore plus élevée que celle des femmes qui travaillent dans d'autres domaines des soins de santé, qui est déjà très élevée (Armstrong et Jansen, 2004). Comme le fait de prodiguer des soins physiques aux autres est ce à quoi les femmes sont traditionnellement associées dans la sphère domestique, on présume souvent que les compétences et les efforts qu'exige ce travail sont simplement un prolongement de ce que font les femmes naturellement. Pour cette raison, plusieurs des exigences du travail dans le domaine des soins sont sous-évaluées et invisibles, même quand elles mettent en danger la santé et le bien-être des travailleuses (Armstrong et Jansen, 2004).

Une étude sur les infirmières des régions rurales en Alberta nous aide à comprendre ce à quoi peut ressembler le travail dans le contexte des régions rurales. Plusieurs infirmières ont signalé que le fait d'être une infirmière dans une collectivité rurale signifie qu'il faut être toujours en service. Les pensionnaires n'hésitent pas à appeler une infirmière à la maison, le soir et les fins de semaine, ni à demander des conseils à l'occasion d'une activité communautaire ou dans un lieu commercial. Dans la vie en milieu rural, les frontières personnelles et professionnelles s'estompent (Skillen *et al.*, 2002). Les infirmières ont parlé de la pression qu'elles subissent pour répondre aux attentes de tout le monde. Elles ont mentionné que leur revenu contribuait à payer les factures de l'exploitation agricole et qu'elles consacraient du temps pour dispenser des soins

à leurs familles étendues, à aider les voisines et les voisins, à cuisiner pour une aide embauchée. Qui plus est, en tant que femmes qui vivent dans des régions rurales, la collectivité s'attend aussi à ce qu'elles participent bénévolement aux activités communautaires et leurs employeurs s'attendent à obtenir plus de travail avec moins de ressources. Une répondante a déclaré : « Je dois être une mère. Je dois être une épouse. Je dois être une travailleuse agricole... puis être infirmière aussi. » Les répondantes se sont aussi plaintes de la grande quantité de travaux d'écriture qu'elles devaient faire, tant pour l'exploitation agricole que pour le travail d'infirmière. Une répondante a déclaré : « De plus en plus de travaux d'écriture et ils ne nous paient pas de temps supplémentaire…Je suis tellement en retard, c'est vraiment pathétique… Je me suis même demandé si je n'étais pas au bord de la dépression. » (Skillen *et al.*, 2002 : p. 17).

Dans un article intitulé à juste titre *Burned Out and Tired*, Armstrong et Jansen (2004) ont remarqué que les règlements sur les soins de longue durée et les formules de financement provinciales mettent l'accent sur les droits des pensionnaires, en portant peu, voire aucune, attention aux droits des travailleuses du domaine des soins. Cela se reflète dans les reportages des médias sur les soins de longue durée, lesquels, bien que soulevant des problèmes importants, comme la violence du personnel à l'endroit des pensionnaires, vendent des journaux, mais peuvent empêcher les lectrices et les lecteurs (et contribuables) de connaître les conditions de travail qui se cachent derrière ces incidents. En réponse à Monique Smith, adjointe parlementaire du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, les Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile (2004 : p. 14) ont convenu que la violence contre les aînées et les aînés est un problème important, mais ont recentré le débat en affirmant ce qui suit : « Nous croyons fermement que la première priorité de la politique publique qui traite de la violence contre les aînées et les aînés doit être d'assurer la prévention d'une telle violence ». [traduction]Le travail dans le domaine des soins et les postulats sociaux et fondés sur la politique au sujet des femmes qui tiennent ce rôle contribuent à instaurer un contexte malsain. Si on ne le reconnaît pas et ne le corrige pas, cela peut conduire à des résultats malsains, comme la violence.

Cranford *et al.*, (2003) ont signalé des différences significatives entre les sexes dans l'emploi précaire au sein de la main-d'oeuvre canadienne. Comme aux États-Unis, la sur-représententation des femmes dans le travail salarié à temps partiel temporaire ou dans l'emploi autonome reflète leurs plus grandes responsabilités dans leur travail non rémunéré pour dispenser des soins en milieu domestique. En général, le travail salarié permanent à temps lein est moins commun, la croissance de l'emploi autonome et du travail salarié temporaire se poursuivant avec constance. Les hommes continuent d'avoir plus vraisemblablement un travail salarié permanent à temps plein, laissant les femmes dans des formes d'emplois très précaires, parmi de nombreuses autres dimensions (Cranford *et al.*, 2003).

Statistique Canada a signalé que 52 % des travailleuses et des travailleurs du domaine des soins de santé ont des postes à temps plein, comparativement à 74 % des Canadiennes et des Canadiens qui travaillent dans d'autres secteurs d'emploi (ICIS, 2001; Kane, 1999). En raison du manque de légitimité accordé au travail à temps partiel, les gestionnaires peuvent hésiter à investir de l'argent ou du temps pour les employées et les employés à temps partiel, qui continuent donc d'être aux prises avec des emplois peu rémunérés et des possibilités minimales d'avancement dans la plupart des provinces (Kane, 1999; Global Action on Aging, 2005). Le tableau 3 (annexe B) relève les

tendances de la main-d'oeuvre chez les IA et les inf. aux. aut. de l'ensemble du Canada. Cependant, il est intéressant de constater qu'en raison du fait que les ASS-PSSP ne font pas partie d'une profession réglementée, les statistiques au sujet de leur situation d'emploi ne sont pas recueillies officiellement. Alors, on continue d'ignorer les tendances et les enjeux qui les touchent dans les discussions qui entourent l'élaboration des politiques.

Un rapport de l'Association des comptables généraux accrédités du Canada (2005) a indiqué que le travail à temps partiel est plus commun dans le domaine des soins de santé que dans tout autre domaine de travail. Dans le secteur des maisons de soins infirmiers, plusieurs employées à temps partiel ou occasionnelles réussissent à travailler le nombre d'heures équivalant à un emploi à temps plein en travaillant dans plus d'une maison de soins infirmiers (Armstrong et Jansen 2004; Armstrong et Daly, 2004; Pong et Russell, 2003). Bien que le travail à temps partiel ou temporaire réponde aux besoins d'un certain nombre de travailleuses, il ne procure pas des emplois qui sont considérés comme étant « bons » aux fins du recrutement. Pong et Russell (2003) ont signalé que l'accentuation du travail occasionnel au sein de la main-d'œuvre infirmière se traduit par un moins grand nombre de possibilités de carrières stables, ce qui incite moins de diplômées et de diplômés des écoles secondaires à choisir une carrière en soins infirmiers et plus d'infirmières et d'infirmiers à quitter la profession.

La fréquence du travail à temps partiel et occasionnel, qui est une caratéristique de ce secteur, peut aussi contribuer, en partie, à une charge de travail écrasante. Les travailleuses à temps partiel qui se déplacent entre différentes maisons peuvent porter des germes et répandre la maladie chez les pensionnaires (ce qui résulte en un ajout de travail) et le personnel (ce qui résulte en une diminution du personnel qui, lui, a plus de travail) (Armstrong et Daly, 2004). En raison du manque de bonne connaissance des pensionnaires ou de la maison, les travailleuses à temps partiel et occasionnelles peuvent entraîner des perturbations dans une équipe établie ou être source de travail additionnel pour le personnel qui est plus au courant de la politique et des procédures de la maison de soins infirmiers (Armstrong et Jansen, 2004). Des études ont démontré qu'un nombre important d'IA qui travaillaient sur une base occasionnelle le faisaient par choix (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003a, b). Pour certaines d'entre elles, le travail à temps partiel offre une mesure de contrôle qui n'est pas accessible à celles qui travaillent à temps plein et une possibilité de travailler des heures de surtemps lucratives (Santé Canada, 2002). Cependant, les mesures incitatives, dans le domaine des soins infirmiers, ne semblent pas appropriées quand des infirmières choisissent un travail à temps partiel et occasionnel comme forme de protestation contre des conditions de travail impossibles. Moins de 50 % des infirmières et des infirmiers de 25 ans ou moins travaillent sur une base régulière. Par ailleurs, 70 % des infirmiers autorisés des régions rurales ont rapporté avoir des emplois à temps plein comparativement à 49 % des infirmières autorisées des régions rurales (ICIS, 2000).

Les lourdes charges de travail laissent peu de temps pour accomplir les tâches et il arrive souvent qu'on ne se conforme pas aux normes (SCFP, 2000). Armstrong et Daly (2004) ont constaté que plus de 18 % de leur échantillon de dispensatrices de soins de première ligne étaient capables d'accomplir leurs tâches en respectant les normes établies moins de la moitié du temps et 14,3 % ont dit ne jamais être en mesure d'accomplir entièrement leurs tâches. Quand il s'agissait d'identifier les tâches qui n'étaient pas terminées ou qui n'étaient pas effectuées sur une période de sept jours, le plus fréquemment, le fait de parler avec les pensionnaires *n'était pas fait*, de

même que celui d'offrir un soutien émotionnel. Les actes de faire marcher et de faire faire de l'exercice aux pensionnaires *n'étaient pas faits* plus de la moitié du temps. Il en était de même pour les soins des pieds et pour le soutien aux compagnes de travail. Plus de 20 % du temps, on n'accomplissait pas les tâches suivantes : tourner les pensionnaires, changer les lits, donner les bains, nettoyer et entretenir les chambres et les salles de bain. L'aiguillage vers un soutien médical externe n'était souvent *pas fait* et, ce qui est choquant, 10 % du temps, l'acte de nourrir n'était *pas fait.*

Selon Santé Canada (2002 : p. 1), l'une des causes fondamentales des pénuries actuelles d'infirmières quand il s'agit des soins peut être « des problèmes de gestion des ressources humaines qui nuisent à la productivité maximale des infirmières aptes au travail (p. ex. un absentéisme marqué, la multiplication des heures supplémentaires, des taux élevés de travail à temps partiel, un nombre impressionnant de tâches non liées aux soins infirmiers, un cadre des fonctions restreint). » Dans une étude qui a porté sur plus de 2 000 travailleuses et travailleurs syndiqués des maisons de soins infirmiers, Armstrong et Daly (2004) ont constaté que les deux tiers travaillaient moins d'heures que ce qu'elles et ils voulaient, alors que plus du quart travaillait plus d'heures qu'une semaine normale de travail en contient. Il est clair que les horaires et les charges de travail sont des enjeux importants pour les femmes qui travaillent dans le domaine des soins infirmiers et, particulièrement, dans les soins de longue durée (CSPC 2002)[4].

Le stress qu'éprouve le personnel est connu pour être un problème majeur dans les maisons de soins de longue durée, mais peu a été écrit au sujet des expériences du personnel des maisons de soins infirmiers des régions rurales. Ces maisons sont de plus petite taille et ont un accès moindre au personnel spécialisé et aux programmes de formation permanente. Qui plus est, le personnel peut avoir une mobilité réduite et moins d'occasions d'emploi, ce qui peut contribuer au stress professionnel. Les pénuries de personnel, le surmenage et le stress sont les facteurs principaux qui contribuent aux taux élevés de blessures et de maladies liées au milieu de travail. En 2002, les travailleuses et les travailleurs du domaine des soins de santé en Ontario étaient une fois et demie plus susceptibles de s'absenter du travail en raison d'une maladie ou d'une incapacité que les travailleuses et les travailleurs d'autres secteurs (Armstrong et Daly, 2004). En moyenne, chaque semaine en 2000, 7,2 % des Canadiennes et des Canadiens qui occupaient des postes à temps plein dans le secteur de la santé s'absentaient pour des raisons de santé, comparativement à 4,8 % de l'ensemble des autres travailleuses et travailleurs (ICIS, 2001). En outre, 26 % des taux de temps perdu et de blessures (TTPB) dans le secteur des soins de santé en Ontario ont été le fait des travailleuses des maisons de soins infirmiers, le surmenage comptant pour 59 % des TTPB dans les maisons de soins infirmiers. Les cinq accidents principaux déclarés par les travailleuses des maisons de soins infirmiers en Ontario étaient les blessures musculo-squelettiques, les chutes, l'exposition aux substances dangereuses, les chocs contre le matériel et la violence infligée par les clientes et les clients (HCHSA, 2003). Les compressions dans les hôpitaux psychiatriques et les centres pour toxicomanes ont aussi augmenté le nombre de patientes et de patients violents dans les maisons de soins infirmiers (Armstrong et Jansen, 2004; CLAC, 2002). Une augmentation du nombre des pensionnaires âgés atteints de la maladie d'Alzheimer et de démences connexes a exacerbé cette situation. Qui plus est, malgré la recherche qui démontre les liens entre les emplois à astreinte élevée et les maladies et les blessures, les sociétés d'assurance ignorent souvent les blessures qui ne peuvent pas être mesurées « objectivement », qui sont liées clairement à l'environnement de travail ou qui

surviennent dans des « circonstances inhabituelles » (Armstrong et Jansen, 2004). Les maladies liées au stress sont très rarement indemnisées par les régimes d'assurance qui protègent contre les blessures subies par les travailleuses et les travailleurs. Pourtant, le stress élevé se manifeste souvent en empruntant des voies physiologiques. Novak et Chappell (1996 : p. 235) ont signalé que « les aides-infirmières qui, les quarts de jour, soignent les patientes et les patients qui ont une déficience cognitive affichent des taux significativement plus élevés pour des mesures particulières de stress. » [traduction] En tant que question liée à l'égalité entre les sexes, les migraines, qui sont signalées beaucoup plus fréquemment pour les femmes que pour les hommes qui exécutent un travail rémunéré, sont parfois rejetées, étant considérées comme relevant de facteurs biologiques plutôt que de conditions toxiques en milieu de travail (Armstrong et Jansen, 2004). Quand on le combine à d'autres types de pressions, comme le contrôle limité sur le travail ou la crainte de la perte d'emploi possible, le stress peut facilement entraîner la maladie et des blessures.

La conservation des infirmières est devenue, récemment, une question importante dans l'ensemble du Canada. De plus, en tant qu'enjeu pour les maisons de soins infirmiers, le conservation du personnel apparaît encore plus importante. Les pertes dues à la retraite auront des incidences sur le secteur des soins de longue durée plus que tout autre facteur dans un avenir prochain. Entre 36 % (Québec) et 49 % (Alberta et Colombie-Britannique) des IA qui travaillent dans le domaine des soins de longue durée ont 50 ans et plus (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003a). Au Manitoba et en Ontario, plus de 40 % des IA qui travaillent dans le domaine des soins de longue durée avaient plus de 50 ans en 2001. Parmi les explications de ce phénomène, il y a le fait que la population canadienne est elle-même vieillissante, mais il y a d'autres facteurs. Les infirmières autorisés qui obtiennent leur diplôme sont plus âgées qu'avant (Santé Canada, 2002). Il y a eu une diminution importante du nombre de places de formation pour les IA qui entraient dans la profession au Canada à la fin des années 1990 et au début des années 2000 en raison des coupures dans les soins de santé (Santé Canada, 2002). En raison de ce phénomène, cela prendra un temps considérable pour augmenter le nombre des IA qui intégreront la main-d'oeuvre. Qui plus est, compte tenu de la diminution générale du personnel infirmier dans l'ensemble du pays, les régions rurales trouveront très difficile de concurrencer les centres urbains pour obtenir leur part de ressources humaines rares (Pong et Russell, 2003).

Cependant, malgré la pénurie d'infirmières dans certaines provinces, les candidates qualifiées pour les écoles des sciences infirmières ont dû attendre jusqu'à trois ans avant d'être admises à un programme de formation (Santé Canada, 2002). En 2005, l'Ontario exigeait que toutes les nouvelles IA détiennent un baccalauréat en sciences infirmières. Il y a de vives inquiétudes que les budgets universitaires restreints ne permettront pas d'offrir la formation à suffisamment d'infirmières au niveau du baccalauréat (Pong et Russell 2003).

Une fois formées, plusieurs nouvelles IA cherchent des emplois à l'extérieur du pays, là où les possibilités de travail à temps plein sont plus nombreuses et, dans certains cas, les salaires sont meilleurs (Santé Canada, 2002; O'Brien-Pallas *et al.*, 2003b). Une étude effectuée en 1999 a démontré que 24,5 % des IA d'hôpital de moins de 30 ans en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario avaient l'intention de quitter leur profession d'ici un an (ICIS, 2001). Même si les provinces ont adopté des mesures incitatives pour attirer des travailleuses du domaine de la santé et pour les conserver dans la profession, ces mesures n'ont pas toutes été entièrement évaluées.

Parmi celles qui *ont* été évaluées, la stratégie la plus efficace et couronnée du plus grand succès était celle qui consistait à « offrir un environnement de travail de bonne qualité » (ICIS 2001 : p 42). [traduction]

Kassner (2004) a proposé ceci : « Le rôle de première ligne que les travailleuses du domaine des soins tiennent dans la prestation des services doit être reconnu. Une main-d'oeuvre mieux rémunérée et mieux formée dispensera de meilleurs soins… l'amélioration de la situation économique et professionnelle de ces travailleuses améliorera aussi vraisemblablement la qualité des soins. » [traduction] Cependant, dans un environnement qui cherche désespérément des médecins, l'Ontario, grâce au soutien fédéral, a reçu des fonds pour des programmes de réseaux d'infirmières praticiennes des régions rurales (Santé Canada, 2004; Pong et Russell, 2003). Dans la même veine, le Manitoba vient de créer un nouveau poste pour les IA, « infirmière ayant un champ d'exercice élargi », qui remet aux IA des responsabilités anciennement sous le contrôle du médecin, particulièrement dans le domaine des soins de longue durée. On considère que ces nouveaux postes offrent une possibilité aux IA de combler les lacunes dans la prestation des services de santé, particulièrement dans les régions où il y a peu de médecins généralistes. Bien que cette initiative puisse aider les collectivités rurales isolées où les médecins sont rares, des questions surgissent. Il faut notamment se demander si cela contribue aussi à la déréglementation des soins de santé professionnels.

Plusieurs infirmières des régions rurales retournent à la maison après leur travail pour s'acquitter de responsabilités à la ferme ainsi que des corvées domestiques. Pour les travailleuses de la santé qui doivent travailler selon des postes fractionnés ou multiples dans les régions rurales, les déplacements sur de longues distances ajoutent du temps (non rémunéré) et du stress à une journée de travail déjà longue (Kassner, 2004). En outre, Thomson *et al.*, (2002) ont indiqué que, bien qu'elles travaillent plus longtemps ou plus dur, ou les deux, plusieurs infirmières ne sont pas satisfaites du niveau de soins qu'il leur est possible de dispenser et, en particulier, sont contrariées par la quantité des travaux d'écriture et de bureau qui ne relèvent pas des sciences infirmières et qui les empêchent de dispenser des soins aux patientes et aux patients. Les compressions budgétaires ont entraîné des pénuries de personnel de soutien. On demande même aux infirmières de commander les fournitures, de trouver du personnel de remplacement et d'exécuter d'autres tâches qui font qu'elles ne mettent pas leur formation en valeur. Dans son allocution devant le Comité permanent des comptes publics, en 2003, le sous-ministre de la Santé, Phil Hassen, a mentionné que le ministère avait l'intention de recueillir des renseignements de meilleure façon en vue non seulement d'élaborer des plans de soins individualisés, mais de « réduire le temps passé à la documentation et à augmenter le temps passé à dispenser des soins » (Assemblée législative de l'Ontario, 2003). [traduction] Cependant, la recherche indique que les infirmières autorisées du Canada travaillent près d'un quart de million d'heures supplémentaires chaque semaine, dont la plupart ne sont pas payées (CSPC, 2002). Il existe aussi une corrélation aussi forte que positive entre les heures supplémentaires et la durée de la maladie. De plus, le temps supplémentaire est un excellent indicateur qui permet de prédire les taux de blessures des infirmières (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003a,b). Armstrong et Daly (2004 : p. v) ont affirmé ceci : « Il découle de la recherche qui a été effectuée sur les réformes dans le domaine des soins de longue durée que la charge de travail est la question centrale tant pour les soins dispensés aux patientes et aux patients que pour la santé des personnes qui les dispensent. » [traduction]

Dans les collectivités rurales, cependant, les incidences du surmenage et du stress dans une maison de soins infirmiers peut se refléter négativement sur les personnes qui y travaillent et sur d'autres. Le stress peut s'étendre à la collectivité et affecter la vie des travailleuses et des travailleurs dans les sphères publique et privée. Armstrong et Jansen (2004) ont cité une répondante dont on avait dit, à l'église, qu'elle était reponsable des soins dispensés à une pensionnaire à la maison où elle travaillait. Cette femme a reçu fréquemment des téléphones à la maison pour conseiller des parents de voisins qui avaient besoin de renseignements au sujet des maisons de soins infirmiers du voisinage.

Pong et Russell (2003) ont signalé l'absence de documents qui étudient les questions reliées au milieu de travail des soins infirmiers dans les régions rurales, malgré le fait que ces questions soient d'une importance croissante. Bien que, dans une proportion de 95 %, le territoire du Canada soit considéré comme rural ou éloigné, ce n'est que dans une proportion de 18 % que les infirmières du Canada sont employées dans ces régions. Pour cette raison, il a été difficile pour les infirmières des régions rurales de s'organiser collectivement et de sensibiliser les gens au sujet des préoccupations et des problèmes du domaine des soins de longue durée dans les régions rurales (Crooks 2004). Les infirmières autorisées qui travaillent dans les régions rurales et éloignées du Canada tendent à avoir des codes de pratique élargis, principalement en raison du manque de soutiens cliniques ou d'expertise spécialisée, qui peuvent se trouver à une certaine distance. Cela se produit malgré le fait que les infirmières des régions rurales ont des niveaux comparativement plus bas de formation que leurs homologues des régions urbaines et, souvent, moins de ressources pour donner des conseils professionnels (MacLeod *et al.*, 2004; ICIS, 2002).

Systèmes de classification des patientes et des patients

Bien que de petits montants d'argent soient accessibles aux maisons de soins infirmiers au moyen d'autres sources, les institutions dépendent principalement du financement gouvernemental qui découle de la classification des patientes et des patients (Armstrong et Armstrong, 1999). Les systèmes de classification, en général, existent depuis très longtemps. Nous vivons dans un monde complexe et nous gérons souvent cette complexité en répartissant les expériences en de petits éléments auxquels nous attribuons des significations. Le fait de nommer à l'aide de concepts nous aide à les reconnaître et à communiquer ces renseignements à d'autres. Dans la Grèce antique, l'école d'Hippocrate classait les maladies en termes d'« humeurs », à l'opposé des forces surnaturelles ou magiques (Gordon, 1998). Au milieu des années 1700, Bossier de Lacroix a été le premier à classifier les maladies systématiquement et même Florence Nightingale a produit un document sur le besoin de rapporter de manière cohérente les statistiques des hôpitaux dans les années 1860 (Gordon, 1998). Une vaste documentation qui décrit la classification dans les soins de santé se trouve dans les perspectives de la recherche dans les domaines suivants : leadership et éthique organisationnelle, embauche d'infirmières, normes et gestion, informatique de la santé, financement des soins de santé et systèmes de responsabilisation, pour n'en nommer que quelques-uns. Les mots clés « classification » et « santé » produisent une longue liste d'articles qui discutent d'une vaste gamme d'outils et d'instruments élaborés et ayant fait l'objet d'essais pour mesurer tous les aspects du sujet.

Il est important de remarquer aussi que des substituts aux systèmes de classification des patientes et des patients ont été suggérés et étudiés. Par exemple, certaines personnes ont exhorté les décisionnaires à envisager l'élaboration d'une approche qui s'appuierait sur une formule déterminant les niveaux de dotation en infirmières; cette formule incorporerait des variables multiples en plus des variables portant sur l'acuité des besoins des patientes et des patients. De telles variables pourraient comprendre l'expertise des effectifs des IA, l'intensité du travail, l'organisation matérielle, l'emplacement géographique, la disponibilité des infirmières auxiliaires, tout autre personnel de soutien et les médecins qui peuvent être plus favorables à un context rural (Institute of Medicine, 2004).

Les personnes qui font la promotion des systèmes de classification dans le domaine des soins de santé suggèrent que ces outils permettent de meilleurs diagnostics, des traitements plus adéquats, une assurance de la qualité et la limitation des coûts (Hirdes, 2000; NINR, 1993; Bowker et Leigh Star, 1996). Cependant, en ce qui a trait aux soins infirmiers, la classification est un outil relativement récent qui coïncide avec l'élaboration de théories en sciences infirmières et en résolution des problèmes des processus des soins infirmiers, théories qui ont été introduites au milieu du XX^e^ siècle (Gordon 1998). Bien que le langage des soins infirmiers comprenne des termes qui ont des significations particulières et semblables dans le contexte des consignations aux dossiers cliniques, il n'y a pas de langage uniforme accepté pour la pratique infirmière. Cela signifie que, dans différents contextes, systèmes d'information ou bases de données, la signification ou l'interprétation des termes reliés à la pratique infirmière peuvent varier, même entre les infirmières (NINR, 1993). Une source principale, une gestionnaire des services d'information sur la santé, résume cette préoccupation.

> *Je ne pense pas qu'il [un système de classification] puisse jamais l'être [exact] à moins qu'on nous donne les ressources. Il faut avoir des personnes qui programment sur les lieux, surveiller... et la seule façon que je connaisse dans cet établissement pour bien faire... et mon personnel est supposé avoir le temps de le faire... Je dois faire une vérification régulière, même 10 tableaux par mois, ce qui veut dire que mon personnel doit programmer de la même façon tout le temps.*

Enfin, la qualité des systèmes de données dépend de la qualité de l'entrée des données. Quant aux soins de longue durée, avec leur multitude de formulaires et le travail de bureau particulier à chaque établissement, le tout combiné à de lourdes charges de travail, ils ont une réputation notoire d'être incohérents et non efficients en ce qui concerne la tenue de dossiers (NINR, 1993).

Bien que les objectifs de la restructuration des soins de santé comprennent la limitation des coûts et la responsabilisation, très peu de données sont disponibles au palier national relativement aux types et à la pertinence des services, aux fournisseurs de services et aux bénéficiaires mêmes ou à l'efficacité des programmes ou aux résultats pour les clientes et les clients. Le manque de données de grande qualité et normalisées a été reconnu comme l'obstacle principal à la planification et à la gestion rentables des soins de longue durée (ICIS, 2000). Chaque province a sa propre façon de faire les choses. Si les maisons de soins infirmiers existent dans chaque province et territoire du Canada, sauf au Nunavut, les modèles de financement, les services et les outils d'évaluation y varient considérablement (ICIS, 2000). La Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon, par exemple, classent les requérantes et les requérants de soins

prolongés selon cinq niveaux de soins, alors que le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest les classent selon quatre niveaux. La Nouvelle-Écosse classe les patientes et les patients selon deux niveaux de soins et, à Terre-Neuve et Labrador, on recourt à quatre niveaux de fonctions personnelles, deux pour les fonctions mentales-sensorielles et quatre pour l'état de santé (ICIS, 2000). Quand les incidences de la restructuration des soins de courte durée ont commencé à se faire sentir, plusieurs provinces ont examiné leur besoin de meilleures données pour éclairer la planification des soins de longue durée et ont répondu à ce besoin en lançant des initiatives et des systèmes relatifs à la composition de la clientèle.

Le défi important à relever pour les systèmes de classification des patientes et des patients au Canada a été de trouver un outil adéquat pour mesurer d'une manière exacte et équitable les besoins des pensionnaires tout en reconnaissant la variété des contextes de chaque pensionnaire, collectivité, institution et fournisseur de soins de première ligne (CLAC, 2002). Les systèmes de classification organisent la vie de travail des personnes en fonction d'une quantité de listes de vérification ou d'indicateurs où l'état de santé d'une personne doit trouver à se loger. Il faut remplir des formulaires, consigner les activités, préparer des rapports. Il y a peu de place pour le contexte, l'explication ou la considération des situations uniques quer vivent les personnes, car les renseignements doivent correspondre à des catégories qui, souvent, ne représentent pas exactement le besoin de soins d'une personne dans la réalité. Le portrait général que ces listes de vérification fournissent vise à se concentrer sur la cliente et le client et constitue le fondement de la décision au sujet du niveau de soins qu'exige chaque pensionnaire. Les renseignements sont ensuite envoyés aux autorités des ministères provinciaux respectifs, où tout ce qui reste du contexte est éliminé, les renseignements étant réduits à un calcul de l'indice de la charge de cas (Ontario) ou, simplement, à une décision fondée sur les ressources disponibles ou sur les priorités (Manitoba), ce qui détermine, à la fin, les sommes remises à la maison de soins infirmiers qui a la tâche de dispenser les soins à la personne. En Ontario, l'activité de classification réelle s'accomplit au moyen de ce qui, à première vue, semble n'être qu'un petit nombre de formulaires exigés. Un examen plus attentif permet de saisir que la classification s'effectue à partir de la confluence des renseignements consignés sur un nombre incroyable de formulaires, de graphiques et de rapports très détaillés, dont plusieurs comptent plusieurs pages et sont rédigés en caractères de très petite taille, sont fournis par différents ministères, directions de maisons de soins infirmiers, ORS et autres et qui sont remplis normalement par le personnel de première ligne, les infirmières, les médecins, les diététistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et d'autres professionnels de la santé qui peuvent travailler dans les maisons de soins infirmiers. Toute la documentation écrite est acheminée dans un flux de renseignements à partir desquels les principaux documents examinés par le classificateur sont élaborés.

Armstrong *et al.* (2002) ont donné un aperçu de la restructuration du système de santé au Canada au cours des 15 à 20 dernières années, qui a conduit aux nouveaux processus de gestion qui ont été introduits dans les soins de longue durée. Ces nouveaux systèmes de gestion ont d'abord été conçus pour redistribuer et régir le travail dans les hôpitaux de la même manière qu'ils devaient le faire dans le secteur privé. Plusieurs travailleuses du domaine des soins de santé ont bien accueilli l'arrivée de ces systèmes de gestion en pensant qu'ils offraient une plus grande indépendance aux travailleuses, qui ont plutôt connu une augmentation de leurs charges de travail respectives en raison des demandes de reddition de compte et de documentation. Armstrong *et al.* (1999 ,: p. 14) ont prétendu que le recours aux systèmes de classification en tant que système central de gestion

visait à réduire le gaspillage en « mesurant avec soin les tâches et les besoins ». [traduction] Cela s'effectue en appliquant des formules pour prédire les besoins en matière de soins, ce qui réduit l'élément humain entourant les soins à des chiffres et ignore « les besoins de chaque femme à titre de patiente et les compétences de chaque dispensatrice de soins dans l'évaluation des besoins et la façon d'y répondre ». [traduction] La documentation est claire : l'efficience était l'un des facteurs à la source de l'introduction des systèmes de classification des patientes et des patients.

Les nouveaux systèmes de classification des patientes et des patients, comme l'outil d'évaluation qu'est l'EMD-IÉP et dont nous discutons ci-dessous, sont des systèmes entièrement informatisés qui exigeront une infrastructure technologique et un personnel tout à fait formé qui ne sont pas toujours disponibles dans les régions rurales, qui manquent de ressources. Ce problème peut être aggravé par le vieillissement de la main-d'oeuvre du domaine des soins de longue durée, particulièrement si les attitudes à l'égard des travailleuses plus âgées constituent un obstacle à leurs succès dans l'apprentissage de l'utilisation des nouvelles technologies (Marshall, 2001; Association des comptables généraux accrédités du Canada, 2005) ou si les initiatives de formation ne sont pas élaborées adéquatement pour répondre à leurs besoins. L'Institute of Medicine (2004 : p. 162) a affirmé que, « les nouvelles technologies en matière de soins de santé progressent rapidement, ce qui rend impossible pour les infirmières (et autres cliniciennes), sans un soutien organisationnel, d'incorporer ces renseignements et ces technologies dans leur prise de décisions et leur pratique cliniques ». [traduction]

Les parties qui suivent donnent un aperçu plus détaillé des systèmes de classification des patientes et des patients qui sont utilisés dans les maisons de soins infirmiers en Ontario et au Manitoba, mettant de nouveau l'accent sur les défis que posent la cohérence et l'exactitude et mettant en lumière ce qui se perd quand on laisse de côté le contexte de la ruralité.

Ontario : le système de l'Alberta

Le secteur des maisons de soins de longue durée en Ontario utilise désormais un calcul de l'ICC pour déterminer l'affectation de sommes aux maisons de soins infirmiers. L'indice est obtenu à partir de données qui sont extraites au moyen du Levels of Care Classification System qui a été élaboré en Alberta entre 1985 et 1988 par des infirmières chercheuses de l'Université de l'Alberta et de l'Université de l'Oregon (Alberta Hospitals and Medical Care, 1988). En 1993, l'Ontario a adopté ce système de classification (OHC, 2000). Selon un rapport de 1988 sur l'élaboration de l'Alberta Patient Classification System, celui-ci visait à :

- offrir un moyen de regrouper les pensionnaires-patientes-patients des maisons de soins infirmiers et des hôpitaux de soins prolongés en fonction de leurs besoins en matière de soins;
- fournir des données sur la clientèle qui peuvent servir au financement des services de soins aux patientes et aux patients;
- créer des données qui peuvent aussi servir à des fins d'élaboration des politiques et de planification;
- créer un outil à utiliser sur une base volontaire qui peut servir à déterminer la charge de travail et la dotation (pour les soins infirmiers et la réhabilitation seulement).

Chaque année, en Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée embauche à contrat et forme des IA ou IAA à titre de classificatrices. Celles-ci doivent se rendre dans les maisons de soins de longue durée partout dans la province pour examiner la documentation sur les patientes et les patients en vue de classifier les pensionnaires et de déterminer leurs besoins en matière de soins. Chaque maison de soins de longue durée entreprend le processus de classification en créant son propre document qui dresse un plan de soins pour chaque pensionnaire. Les classificatrices se servent de ce document et d'autres pour déterminer le financement en se fondant sur huit indicateurs : l'alimentation, l'élimination et la propreté, le transfert, s'habiller, la possibilité de blessures, l'adaptation inefficace, la continence vésicale et la continence intestinale. Les catégories utilisées sont considérées comme étant mutuellement exclusives, collectivement complètes, fiables, valides et en nombre suffisant pour expliquer une variation (Botz *et al.*, 1993). Le défi est celui-ci : il faut que chaque patiente ou patient entre dans une catégorie. Le tableau 4 (annexe B) montre un calcul d'échantillon d'un paramètre casuistique et d'un indice de la charge de cas et note les différents niveaux. Tel qu'on le mentionner ci-dessus, les indicateurs, ou les catégories de soins, associés au système de classification de l'Alberta visent à fournir des renseignements au sujet des besoins des pensionnaires en matière de ressources. Les niveaux de soins varient de A (moins intensifs) à G (très intensifs). Comme nous l'avons indiqué plus tôt, dans les maisons de soins infirmiers de l'Ontario, la plupart des pensionnaires se retrouvent dans les catégories E et F qui exigent beaucoup de ressources, ce qui révèle l'importante demande de services infirmiers. Une classification inexacte dans ces groupes peut faire en sorte que les maisons de soins infirmiers perdent des milliers de dollars. Ces catégories sont expliquées plus en détail ci-dessous.

Le paramètre casuistique provincial se fonde sur les évaluations de tous les pensionnaires de la province. Le paramètre casuistique de chaque maison de soins infirmiers est alors comparé au paramètre casuistique provincial pour déterminer l'ICC de la maison de soins infirmiers. Un ICC de 100,00 représente une maison de soins infirmiers qui a des exigences moyennes en matière de soins infirmiers et de soins personnels. Une maison de soins infirmiers qui a un ICC de plus de 100,00 indique que celle-ci a une proportion plus élevée de pensionnaires qui exigent des soins assidus (MSSLD, 2001).

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, puisque le système de l'Alberta a été créé en 1988 et mis en oeuvre en 1992, il y a eu des changements importants dans les types de pensionnaires qui entrent dans les maisons de soins de longue durée. Les pensionnaires sont plus âgés et ont des conditions qui exigent des soins plus actifs. Qui plus est, la restructuration générale du système de santé a eu des incidences sur la façon dont les soins de longue durée sont préparés et dispensés. Néanmoins, les pondérations initiales, fondées sur le temps passé avec certaines catégories de patientes et de patients et le rapport salarial entre le personnel infirmier et la durée présumée, selon les types particuliers de personnel, demeurent exactement les mêmes qu'en 1986. Alberta Hospital and Medical Care a suggéré que ce n'était pas l'intention du système de l'Alberta à l'origine. Dans son rapport final au sujet de l'élaboration de l'Alberta Patient Classification System, Alberta Hospitals and Medical Care (1998) affirmait :

> « Le regroupement des besoins devrait avoir du sens pour les personnes qui dispensent des soins, leur permettant d'organiser leurs soins en fonction de ces besoins. (Cela signifie, bien sûr, qu'un système de classification particulier n'est

> pas immuable à jamais : même le système de classification parfait devrait être révisé pour refléter les progrès des méthodes de préparation et de prestation des soins de longue durée. » [traduction]

La critique du système de classification de l'Alberta est vive. Premièrement, le concept même est imparfait, car il représente un montant d'argent relativement constant qui doit être réparti aux différentes maisons. Celles qui profitent d'une augmentation du financement le font aux dépens d'autres maisons dont le financement est réduit sans égard à leurs besoins. Dans certains cas, même si le niveau des soins de certains pensionnaires peut augmenter dans une institution, l'ICC général peut diminuer si le niveau de soins dans d'autres maisons a augmenté davantage. Deuxièmement, une évaluation (Pricewaterhouse Coopers, 2001) a révélé que le système de l'Alberta ne « reflète pas entièrement l'état de santé des pensionnaires, les traitements nécessaires, les procédures et les médicaments ni les domaines de besoins particuliers, comme les soins de réhabilitation-rétablissement, les soins psychiatriques ou les soins palliatifs ». [traduction] Le système n'établit pas de différences en se fondant sur la complexité des activités de la vie quotidienne (AVQ), ne tient pas compte des problèmes cliniques et ne recourt qu'à des ensembles de niveaux de soins moyens comme étalon pour le financement (Hirdes, 2003). Troisièmement, Armstrong et Jansen (2004 : p. 17) sont d'avis que la documentation qui alimente le système de classification des patientes et des patients est écrasante et inexacte, les évaluations devenant par le fait même inexactes. Par exemple, une répondante interrogée dans leur étude a déclaré : « nous avons des gens qui frappent tout le temps, alors pour eux c'est la norme, et nous ne le consignons pas. » Toutefois, une documentation non pertinente peut faire considérablement de tort à un établissement. Dans une institution, l'ICC a été rajusté à la baisse dans une proportion de 7 %, réduisant le revenu de la maison de soins infirmiers de 225 000 $. En outre, comme le système classifie les pensionnaires et procède aux rajustements financiers l'année suivante pour les maisons de soins infirmiers, le financement accordé peut ne pas refléter les besoins d'une personne dont la santé a pu se détériorer. Les TCA (2004) ont déclaré que le système actuel de financement de la clientèle ne prévoit pas de rajustement automatique qui assurerait une augmentation concomitante des niveaux de personnel. Enfin, les instruments de classification utilisés par les hôpitaux et les organismes de « protection » sont différents et les résultats ne sont pas faciles à traduire dans les systèmes utilisés par les maisons de soins infirmiers. Cela entraîne des difficultés dans l'interprétation ainsi que des résultats en double quand les évaluations doivent être refaites par le personnel de l'établissement au moment où les pensionnaires y arrivent.

Dans son rapport sur les soins de longue durée en Ontario, Monique Smith (2004), adjointe parlementaire du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, a déclaré : « Nous avons entendu de nombreuses plaintes au sujet de l'actuel processus de financement… Nous recommandons de revoir le système de financement dans son ensemble… afin d'élaborer un modèle qui donne aux foyers un niveau de financement de base constant tout en permettant une certaine souplesse selon la variation des niveaux de soins. » De plus, madame Smith a reconnu ceci : « Il est nécessaire d'avoir un financement stable pour s'assurer que les membres du personnel qui connaissent bien les pensionnaires seront plus nombreux à travailler à plein temps. »

Manitoba : classification des niveaux de soins

Le Manitoba n'a pas suivi la même voie que l'Ontario pour classifier les pensionnaires. Au Manitoba, les évaluations des clientes et des clients pour les soins à domicile et les soins de longue durée ainsi que le financement accordé subséquemment aux foyers de soins personnels reposent sur un système de base qui est utilisé depuis plus de 30 ans (Santé Manitoba, 2003b). Par conséquent, les formulaires d'évaluation manuels qui servent pour le programme de soins à domicile sont souvent très peu reliés à l'élaboration des plans de services et de soins à la clientèle. Quant aux renseignements qui découlent de ce processus, ils ne sont pas recueillis de façon fiable sous une forme normalisée qui pourrait fournir des données pour aider à répondre aux besoins en matière d'élaboration des politiques et de planification (Roos *et al.*, 2001). Comme nous l'avons mentionné antérieurement, le Manitoba met vraiment l'accent sur les soins communautaires. L'évaluation relative aux soins à domicile est intégrée aux évaluations en vue du placement dans un foyer de soins personnels. On assure donc ainsi que l'entrée dans une maison de soins infirmiers ne survient que lorsque les ressources personnelles, communautaires et du programme ne permettent plus de garder une personne à son domicile (Santé Manitoba, 1997).

Chaque demande de placement dans un foyer de soins personnels est évaluée par un comité ou par un groupe d'évaluation dont les membres sont nommés au palier régional par le ministère. Comme nous l'avons signalé plus tôt, ce processus d'évaluation agit comme une « protection » pour les pensionnaires qui entrent dans des foyers de soins personnels de la même façon que le processus des CASC en Ontario.

Le système de classification des niveaux de soins dispensés aux patientes et aux patients qui est en usage au Manitoba évalue les demandes de soins à domicile et d'entrée dans les maisons de soins infirmiers en recourant à quatre niveaux de base, indiqués au tableau 5 (annexe B). Les personnes évaluées au niveau 1, et, de plus en plus, au niveau 2, seront soignées à leur domicile avec l'aide de travailleuses du domaine des soins à domicile. Pour la plupart, celles-ci sont des aides en soins de santé, des assistantes en soins de santé, des IA, selon les exigences associées à chaque cliente ou client. À l'issue de l'évaluation initiale par le comité, les requérantes et les requérants sont considérés comme admissibles ou non au programme des foyers de soins personnels. Les requérantes et les requérants qui sont acceptés se voient attribuer un des quatre niveaux de soins. Le niveau de soins attribué indique le degré de dépendance et le temps à consacrer par le personnel infirmier pour les AVQ et les soins infirmiers de base pour maintenir leur fonctionnement.

Une fois admis dans une maison de soins infirmiers, les pensionnaires sont supposés être réévalués annuellement dans le cadre d'une collaboration entre les coordonnatrices et les coordonnateurs de cas régionaux (ORS) et le personnel de chaque maison de soins infirmiers qui est au courant des besoins de chaque pensionnaire. Ensemble, ils remplissent le tableau d'évaluation de la dépendance et le rapport. L'évaluation et les réévaluations ont trois buts : déterminer le montant du paiement de Santé Manitoba aux foyers de soins personnels exclusifs; permettre aux foyers de soins personnels non exclusifs de budgéter efficacement pour le personnel et de déterminer si les placements des pensionnaires sont adéquats.

Comme en Ontario, les pensionnaires du Manitoba passent aussi une autre évaluation au moment de l'admission dans une maison de soins infirmiers et un plan de soins officiel doit être préparé au plus tard dans les 24 heures. Des examens trimestriels et annuels sont effectués par une IA ou par une administratrice et ou un administrateur de maison de soins infirmiers. Ces documents aident à déterminer les niveaux de soins qui sont rapportés aux ORS à des fins de financement. Toutefois, contrairement à l'Ontario, la plupart des maisons de soins infirmiers au Manitoba évaluent elles-mêmes leurs pensionnaires en utilisant des lignes directrices, puis font rapport de ces évaluations aux ORS où, selon le besoin et les ressources disponibles, le financement est accordé une fois par année après que les niveaux ont été fournis. Certains ORS envoient aussi des évaluatrices et des évaluateurs qui travaillent alors avec les administratrices et les administrateurs de maisons de soins infirmiers sur les lieux pour aider au processus d'évaluation.

À l'horizon : le passage à l'EMD - IÉP en Ontario et au Manitoba

Comme nous l'avons mentionné, plusieurs régions au Canada ont déjà adopté, ou envisagent de le faire, l'ensemble minimal de données - instrument d'évaluation du pensionnaire (EMD - IÉP) pour les soins de longue durée. En Ontario, l'utilisation de ce système est obligatoire dans les établissements de soins aux malades chroniques depuis 1996 et il est lié à leur financement depuis 2001. Selon les rumeurs, ce système sera institué dans le secteur des soins de longue durée prochainement. Son utilisation a été rendue obligatoire dans toutes les régions de santé en Saskatchewan depuis avril 2001. Elle a été recommandée en Alberta. En Colombie-Britannique, sept régions de santé utilisent ce système. L'instrument a reçu l'appui du Centre canadien de politiques alternatives pour fin d'utilisation au Canada ainsi que de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à titre de norme nationale adéquate pour les établissements de soins de longue durée. L'EMD - IÉP pour les soins de longue durée a fait l'objet d'une législation fédérale aux États-Unis et en Islande et est utilisé dans 17 autres pays (SCFP, 2001; Millbank Memorial Fund, 2003). Le système est utilisé pour l'une ou l'autre des fins qui suivent dans 19 pays où il est appliqué : planification des soins, gestion des maisons de soins infirmiers, évaluation des besoins, élaboration des politiques, amélioration et analyse comparative de la qualité, remboursement, recherche et admissibilité aux services. L'utilisation de l'EMD - IÉP comporte la collecte de renseignements sur les patientes, les patients et les pensionnaires en se fondant sur leur état psychologique, cognitif et de santé ainsi que sur leurs besoins en matière d'activités de la vie quotidienne; ces besoins sont alors répartis selon 44 niveaux de soins pour déterminer leur niveau de fonctionnement et de besoins en matière de soins personnels (SCFP, 2001).

Des manuels de l'utilisateur complets détaillent les instructions, élément par élément, pour l'utilisation des formulaires, suggèrent des processus d'évaluation et indiquent les procédures pour suivre les protocoles d'évaluation des pensionnaires et les techniques pour relier la date des évaluations à la planification des soins individualisés. À ce titre, on prétend qu'une grande part de la subjectivité inhérente à plusieurs systèmes de classification des patientes et des patients existants a été annulée.

L'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW), avec le soutien et le financement de Santé Manitoba et de Santé Canada, a lancé, en 2001, une initiative. Celle-ci consistait en un projet de modèle de prestation des soins de longue durée et en un projet de modèle de financement. Si la

mise en oeuvre de l'EMD 2.0 devait se produire dans le domaine des soins de longue durée, cela signifierait un changement considérable dans les procédures d'évaluation et de classification dans les maisons, particulièrement dans les régions rurales de l'Ontario et du Manitoba. Un aspect unique de l'arrivée des outils d'évaluation de l'IÉP a été la conception concomitante du logiciel, qui est un élément qui fait partie intégrante de ces outils. Ce passage aux systèmes de données électroniques est *central* à la documentation du système EMD. On présume, cependant, qu'un système de classification entièrement en ligne peut poser des obstacles importants aux maisons de soins infirmiers qui se trouvent dans les régions rurales éloignées et dans les petites municipalités qui ont des ressources limitées, particulièrement s'il y a des difficultés dans les domaines de l'infrastructure électronique, des télécommunications et de la formation, comme nous l'avons observé antérieurement. De plus, les questions reliées à la protection de la confidentialité demeurent une inquiétude, particulièrement dans les petites collectivités où l'échange de renseignements peut amplifier les obstacles au respect de la confidentialité qui existent déjà.

L'EMD est utilisé depuis un certain temps aux États-Unis et des critiques y ont été documentées (Harris *et al.*, 2003). Ces parties de l'EMD reconnues comme les moins exactes comprennent les modèles cognitifs (partie B), le bien-être psychosocial (partie F), le fonctionnement physique (partie G), l'état de la peau (partie M) et les modèles de poursuite des activités (partie N). Des problèmes de rapports insuffisants ont aussi été relevés dans les domaines de la vision, de l'état de santé, de la douleur et des chutes. Des problèmes de rapports trop abondants ont été relevés dans les domaines des médicaments intraveineux, d'admission et de rendement, de la physiothérapie, de l'ergothérapie et de l'orthophonie. Les domaines où il y a les plus grands désaccords au sujet des évaluations sont ceux qui exigent des périodes importantes d'observation ainsi que l'apport des pensionnaires ou des familles pour en arriver à une évaluation immédiate, une exigence qui peut être difficile à rencontrer dans le contexte actuel des soins de longue durée. Avec des niveaux croissants d'acuité des besoins et l'augmentation des processus de responsabilisation, il n'y a tout simplement pas assez de temps pour documenter les renseignements nécessaires. Quand la demande de temps devient écrasante, les rapports sont résumés et les renseignements se perdent, ou on les termine plus tard, parfois avec des inexactitudes.

Tout rassembler

Les systèmes de classification des patientes et des patients ne tiennent pas compte suffisamment des besoins variables des personnes qui vivent dans des situations semblables et des incidences importantes que ces variations peuvent avoir sur la charge de travail, la sécurité et le bien-être des travailleuses du domaine des soins ainsi que des personnes vulnérables qui reçoivent leurs soins. Nous prétendons que les systèmes de classification des patientes et des patients organisent le travail de première ligne des femmes dans les maisons de soins infirmiers de façon problématique et que ces systèmes ont des conséquences dans le contexte des soins de longue durée dans les régions rurales et pour les collectivités que ces travailleuses desservent. Principalement, ce que nous défendons, c'est que les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients, tels qu'ils existent aujourd'hui, sur les dispensatrices de soins de première ligne des régions rurales sont négatives et découlent d'une série de facteurs qui se chevauchent.

- Les systèmes de responsabilisation écrasants prennent un temps précieux qui n'est pas utilisé pour les soins à dispenser aux patientes et aux patients et ils affectent le moral du personnel. Dans les régions rurales, il faut ajouter les difficultés à attirer le personnel, les rôles multiples des femmes et les longues distances qui séparent le travail de la maison, souvent aggravées par les conditions météorologiques qui augmentent les probabilités d'absentéisme et de temps supplémentaire-surmenage.

- Les incohérences dans les rapports affectent le financement des différentes institutions et entraînent des ressources insuffisantes et inadéquates pour dispenser les soins. Dans les régions rurales qui comptent peu de médecins ou de spécialistes, les rapports préparés honnêtement peuvent faire l'objet de calculs hors contexte et entraîner une pénalité sous forme de réduction du financement.

- La classification est peu fiable du fait que le financement arrive un an après les évaluations et ne tient pas compte des changements qui surviennent dans l'acuité des besoins des pensionnaires durant cet intervalle. Les appuis locaux pouvant permettre de trouver du financement étant rares, il est très difficile pour les maisons de soins de longue durée des régions rurales de planifier à long terme.

- Les engagements provinciaux de mettre entièrement en ligne les systèmes de classification présentent des défis sur le plan de la formation des dispensatrices de soins de première ligne, défis d'autant plus grands si on tient compte des problèmes de télécommunications et d'infrastructure des régions rurales ainsi que des questions du respect de la vie privée des pensionnaires.

3. DÉMARCHE EMPRUNTÉE POUR LA RECHERCHE

Introduction et questions posées pour la recherche

Nos premières études sur la structure des soins de longue durée en Ontario et au Manitoba et sur les incidences de cette structure sur les dispensatrices de soins de première ligne ont dévoilé un ensemble très complexe de structures, d'actrices et d'acteurs, de processus et de politiques interdépendants qui présente un défi méthodologique. Il est devenu clair que les subtilités du système qui apparaissaient exigeaient des outils méthodologiques particulièrement adaptés et un éventail de façons d'aborder la collecte de données. À mesure que les entrevues préliminaires avec des sources principales se déroulaient en Ontario et au Manitoba et nous fournissaient des renseignements, les examens de la documentation et les discussions avec les chercheuses et les chercheurs qui ont une expertise dans le domaine des soins de longue durée indiquaient un problème constant pour les dispensatrices de soins de première ligne qui devaient dispenser des soins et répondre aux exigences du système de classification. Le problème était que les dispensatrices de soins de première ligne devaient participer à la préparation d'une multitude de documents dans le cours de leur travail, jour et nuit. Nous avons décidé que le moyen le plus efficace d'apprendre avec précision comment les systèmes de classification ont des incidences sur les travailleuses de première ligne dans les maisons de soins infirmiers était d'en arriver à une compréhension de la façon dont la pléthore de documents utilisés dans les maisons de soins de longue durée servent à organiser le travail qui y est exécuté. Les sources principales et la documentation ont mis en lumière le fait que les systèmes de classification sont alimentés par une abondance de formulaires à remplir et de structures de responsabilisation et que les formulaires et les textes associés au système de classification constituent une partie considérable (et croissante) du travail effectué par les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers. Les deux questions posées pour la recherche sont donc devenues :

- Comment les textes associés aux systèmes de classification des patientes et des patients organisent-ils le travail des dispensatrices de soins de première ligne des régions rurales?

- Quelles sont les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients sur les dispensatrices de soins de première ligne des maisons de soins infirmiers des régions rurales?

Méthode utilisée pour l'étude : l'ethnographie institutionnelle

Pour comprendre le rapport entre les travailleuses et les textes sur le plan qualitatif, nous avons employé l'ethnographie institutionnelle (EI) comme méthode d'enquête. Cette façon d'aborder l'étude empirique est associée à la théoricienne canadienne de la société, Dorothy Smith (1987, 1999, 2002a,b). Associant la théorie et la méthode, l'EI met l'accent sur les relations entre les situations de la vie quotidienne, l'exercice de la profession et l'élaboration des politiques. Ces relations s'accomplissent au moyen de ce que Smith a appelé « l'organisation sociale par le texte ». [traduction] Élaborée au départ dans un contexte féministe, l'ethnographie institutionnelle, nous dit Smith, est une méthode qui peut produire une sociologie *pour* les femmes plutôt qu'*au sujet* de celles-ci. Cela signifie qu'en tant que méthode d'enquête, l'EI commence par les détails de la vie des femmes et, à mesure que celles-ci décrivent leurs activités quotidiennes, des liens s'établissent avec les processus politiques, économiques et institutionnels

élargis. La méthode est ethnographique en ce qu'elle assemble les détails de la vie de tous les jours en un tableau institutionnel cohérent. Elle se concentre sur le contexte politico-économique dans lequel la vie de tous les jours se déroule et est fermement ancrée dans l'étude sur le terrain des textes utilisés.

L'équipe de recherche a consulté Tim Diamond, PH.D., de l'Institut d'études pédagogiques de l'Ontario (OISE) au sujet de l'utilisation de l'EI pour étudier le problème qui faisait l'objet de la recherche. M. Diamond a travaillé avec Dorothy Smith, Ph.D., et a appliqué la démarche de l'EI à son étude sur le vieillissement et la santé (Diamond, 1992). D'autres chercheuses et chercheurs, comme Campbell (2001, 2002) et Janet Rankin (2001) ont aussi utilisé efficacement l'EI dans leurs études du système de santé canadien.

Définition du mot « rural » et choix du lieu

La définition du terme « rural » est un sujet qui suscite beaucoup de débats au Canada. DuPlessis *et al.* (2001) ont recommandé d'utiliser une définition de « rural et petite municipalité » comme point de départ de la recherche de manière à ce qu'elle comprenne les municipalités à l'extérieur de l'aire de migration alternante des grands centres urbains. En vertu de notre définition des régions rurales, les collectivités qui ont une population de moins de 10 000 habitants en font partie si elles se trouvent à plus d'une heure d'un grand centre urbain.

Nous avons choisi de nous concentrer sur l'Ontario et le Manitoba pour étudier les systèmes de classification dans deux provinces qui utilisent des systèmes différents et, en particulier, parce que les populations vieillissantes de ces deux provinces sont importantes. Vu la diversité des collectivités rurales en Ontario et au Manitoba, nous avons pu convenir que les régions et les collectivités des deux provinces sur lesquelles nous allions nous concentrer seraient celles qui ressentaient les incidences de la restructuration rurale, qui avaient des populations vieillissantes importantes et qui étaient considérées comme des régions rurales selon les définitions du recensement largement utilisées. Dans la recherche des similitudes pour faire des comparaisons plus claires entre les provinces, nous avons décidé qu'au Manitoba, nous allions nous concentrer sur les collectivités qui avaient des populations inférieures à 10 000 à l'extérieur des centres urbains de Winnipeg, Brandon et Portage la Prairie. Dans les collectivités sur lesquelles nous nous sommes concentrées, l'agriculture était l'activité économique dominante. En Ontario, la plupart des maisons de soins de longue durée que nous avons étudiées se trouvaient dans le sud de la province, là où la majorité des maisons de soins de longue durée se trouvent en fait. Néanmoins, nous avons pris des mesures pour inclure au moins une maison située dans le nord de l'Ontario.

Personnes qui ont participé aux entrevues

Sources principales

En tout, nous avons effectué entre 50 et 60 entrevues auprès de sources principales : plus de 19 avec des personnes qui faisaient partie d'organisations particulières au Manitoba, 18 qui faisaient partie d'organisations particulières à l'Ontario et 16 qui faisaient partie d'organisations nationales. Nous avons aussi effectué des entrevues avec des administratrices et des administrateurs de maisons de soins infirmiers, avec des représentantes et des représentants de syndicats, d'organisations de

personnes âgées et d'organismes de soins de santé ainsi qu'avec des gestionnaires de systèmes d'information sur la santé, d'exploitantes et d'exploitants de maisons privées et de consultantes et de consultants. Nous avons parlé à des travailleuses et des travailleurs importants des gouvernements, y compris celles et ceux qui sont employés de l'ORSW et les employées et employés du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario à titre de classificatrices et de classificateurs officiels. En Ontario, nous avons aussi eu des entrevues avec des travailleuses et des travailleurs des CASC.

Au Manitoba, il y a eu huit entrevues avec des membres du personnel des ORS, qui représentaient les cinq ORS responsables de la coordination des programmes de soins de longue durée dans leurs régions respectives. Puis, 11 autres entrevues ont été faites avec des coordonnatrices de cas (HCCC) en matière de soins à domicile. Ces personnes sont des infirmières, ou l'ont été, et plusieurs ont des antécédents de travail dans des maisons de soins, qui constituent le lien entre les services de soins à domicile et les foyers de soins personnels qui sont très intégrés dans leurs régions. De plus, à cette étape, quand nous avons appris qu'il y avait des essais relativement au système de classification EMD - IÉP à l'ORS de Winnipeg, nous avons organisé et tenu trois entrevues dans chaque cas avec les administratrices et les administrateurs pertinents de l'ORSW et avec les responsables de la programmation et les formatrices et les formateurs qui travaillaient à l'ORSW pour faire les essais de ce système dans de grands établissements de soins complexes de la ville.

Il est important de remarquer que la représentation de l'organisation du système de classification exigeait des renseignements que nous avons obtenus de personnes qui évoluent à différents points du processus, et non pas seulement de la part des dispensatrices de soins de première ligne. Une liste des sources principales et de leurs associations se trouve à l'annexe A.

Dispensatrices de soins de première ligne

Pour faire participer les dispensatrices de soins de première ligne au projet, nous avons concentré nos efforts et nos ressources à travailler étroitement avec un certain nombre de membres du personnel de première ligne de plusieurs maisons de soins de longue durée en Ontario et au Manitoba en vue d'apprendre comment ces processus fonctionnent et comment ils organisent la vie de travail des personnes ainsi que les procédures et les pratiques organisationnelles. Des données précieuses sur les détails du travail dans le domaine des soins de première ligne ont été obtenues à partir d'entrevues avec 32 dispensatrices de soins de première ligne qui travaillaient dans des établissements privés et publics. Celles-ci comprenaient 24 ASS - PSSP et huit IA - inf. aux. aut.

En Ontario, des entrevues en personne ont eu lieu en privé (sans la présence des administratrices et des administrateurs) avec une ou deux dispensatrices de soins de première ligne dans une maison de soins infirmiers particulière. Au Manitoba, nous avons recouru à deux stratégies.

- Des travailleuses (aides en soins de santé) de première ligne qui avaient été identifiées en partenariat avec leurs syndicats respectifs ont participé à des groupes de discussion qui se sont tenus dans des lieux à l'extérieur du travail, au sein du noyau de services, dans les offices régionaux de la santé.

- Des travailleuses de première ligne (coordonnatrices de cas - infirmières du domaine des soins à domicile) identifiées par les administratrices et les administrateurs des ORS ont participé à des entrevues en personne ou téléphoniques, selon ce que permettaient les horaires et les possibilités de déplacements. Nous avons aussi communiqué directement avec certaines maisons et nous avons fait des entrevues téléphoniques avec leurs dispensatrices de soins de première ligne et des infirmières administratrices.

Les syndicats ont facilité plusieurs de nos communications avec les dispensatrices de soins de première ligne en Ontario et au Manitoba et nous ont aussi fourni des renseignements additionnels lors d'entrevues ainsi qu'un accès à des sources documentaires. Au départ, seulement au Manitoba, des travailleuses de foyers de soins personnels autonomes, exclusifs ou non, devaient être incluses. Cette restriction a été reconsidérée quand il est devenu clair que la plupart des petites collectivités rurales ont des foyers de soins personnels rattachés physiquement aux petits hôpitaux ou centres de santé.

Tant l'environnement du travail que la géographie du Manitoba rural ont façonné notre décision de passer par les syndicats pour accéder aux dispensatrices de soins de première ligne dans les foyers de soins personnels et les faire participer à des groupes de discussion. Comme, pour une vaste majorité, les travailleuses des foyers de soins personnels des régions rurales du Manitoba travaillent dans des établissements syndiqués et détenus ou exploités par le gouvernement (en vertu d'ententes de services) et compte tenu que l'accès des chercheuses aux administrations des ORS avait été difficile à obtenir, nous avons pensé que le fait de travailler en passant par les représentantes et les représentants syndicaux locaux et de rencontrer les dispensatrices de soins de première ligne dans des locaux autres que ceux du milieu de travail constituait notre meilleur espoir d'attirer les dispensatrices de soins de première ligne à l'étude.

Processus de collecte de données

Le processus de collecte de données comprenait :

- des entrevues en personne avec des sources principales (mentionnées ci-dessus);
- des entrevues en personne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales de l'Ontario avec des dispensatrices de soins de première ligne;
- des entrevues téléphoniques avec des sources principales du Manitoba;
- des groupes de discussion et des entrevues téléphoniques avec des dispensatrices de soins de première ligne et des administratrices et des administrateurs de soins infirmiers qui travaillaient dans des maisons de soins infirmiers dans les régions rurales du Manitoba;
- une considération minutieuse de plusieurs « textes » (formulaires) qui organisent le travail des dispensatrices de soins de première ligne.

Entre octobre 2004 et février 2005, l'équipe de recherche du Manitoba a tenu quatre groupes de discussion avec des dispensatrices de soins de première ligne. L'accès à celles-ci a été obtenu en se fondant sur les entrevues de la phase 1 avec les sources principales, et ce, avec l'aide du personnel syndical du SEIU et du SCFP. À la demande de nos personnes-ressources dans les syndicats et des participantes elles-mêmes, toutes les rencontres des groupes de discussion

du Manitoba se sont tenues à l'extérieur du milieu de travail, dans des établissements locaux (p. ex. clubs de loisirs communautaires, salles de conférence dans les hôpitaux locaux ou salles de réunions dans des hôtels) ce qui a donné aux participantes le sentiment de se trouver en privé et a assuré la confidentialité. Trois groupes de discussion ont eu lieu dans des collectivités rurales (Lundar et Dauphin) et une a eu lieu à Winnipeg, celle-ci en tirant parti d'une assemblée générale annuelle syndicale. Les entrevues et les délibérations des groupes de discussion ont été enregistrées numériquement ou sur ruban magnétique et ont été transcrits subséquemment.

En recourant à la méthode de l'ethnographie institutionnelle, notre processus de collecte de données, en Ontario et au Manitoba, impliquait qu'une dispensatrice de soins de longue durée explique à un membre de l'équipe de recherche, étape par étape, le travail qui est effectué quand un nouveau pensionnaire arrive à la maison de soins infirmiers jusqu'à la fin d'un quart de travail normal en se concentrant sur le processus de documentation. De plus, à la demande des syndicats qui, dans certains cas, assuraient la liaison entre les chercheuses et les dispensatrices de soins de première ligne, nous avons organisé des groupes de discussion au cours desquels l'équipe de recherche du Manitoba a travaillé avec un certain nombre de dispensatrices de soins de première ligne dans un lieu conçu pour accueillir des groupes. Quand cela a été possible, des formulaires ont été obtenus avec la permission des établissements.

En invitant les travailleuses et les travailleurs à se concentrer sur les documents (textes) utilisés à chaque étape du processus, nous avons posé des questions, notamment celles qui suivent.

- Quel est ce formulaire-document?
- À quoi sert ce formulaire-document?
- Qui remplit ce formulaire-document?
- Comment faut-il remplir ce formulaire-document?
- D'où proviennent les renseignements qui sont entrés sur ce formulaire-document?
- Quels autres formulaires-documents comportent les mêmes renseignements?
- Qu'arrive-t-il à ce formulaire-document une fois qu'il a été rempli?
- Où et durant combien de temps le formulaire-document est-il conservé?

Nous avons ensuite demandé à chaque répondante d'expliquer toute documentation additionnelle qu'elles devaient remplir quotidiennement, hebdomadairement ou mensuellement et s'il y avait des facteurs qui faisaient en sorte que cette tâche était plus facile ou plus difficile. Bien que nous ayons constaté qu'une grande part des processus liés au système de classification et au travail qui l'alimente étaient commune aux maisons de soins de longue durée des régions urbaines et des régions rurales, à mesure que les travailleuses examinaient avec la chercheuse ce processus axé sur les documents, des questions propres aux maisons des régions rurales sont apparues et nous nous sommes penchées sur ces questions plus directement.

Cette démarche a résulté en la collecte de précieux renseignements au sujet de la classification des patientes et des patients et du travail de première ligne. Tout en saisissant comment le processus est supposé se dérouler, la recherche a permis de faire ressortir des contradictions et des points de tension, car les travailleuses ont fait part de leurs frustrations quand le processus ne se déroulait pas comme il le devait apparemment. Par conséquent, en même temps qu'elles apprenaient comment le système fonctionnait, les chercheuses étaient informées des circonstances dans lesquelles il ne fonctionnait pas, de ce qui causait les congestionnements et de la façon dont l'attention portée aux textes exigeait des travailleuses du domaine des soins de longue durée qu'elles compriment fréquemment les aspects du travail qui portaient sur les soins à dispenser.

Limites de l'étude

Bien que nos décisions de nature méthodologique au sujet de l'échantillonnage se soient avérées pratiques (sur le plan des coûts pour effectuer la recherche) et cohérentes avec notre lecture de la documentation, notre démarche a connu un certain nombre de limites. Au Manitoba, les ORS nordiques n'ont pas fait partie de cette étude et, en Ontario, une seule maison nordique y a été incluse. Plusieurs facteurs de complication font que les maisons nordiques méritent leur propre étude, notamment le rôle du gouvernement fédéral dans le financement des foyers de soins personnels et les influences éventuellement uniques des maisons particulières soutenues sur le plan culturel, comme celles qui se trouvent dans les collectivités autochtones et francophones. Bien que nous soyons déçues que cela exige plus de temps et de ressources que ce qui était disponible pour ce projet, une étude plus centrée sur l'influence de la culture sur les systèmes de classification des patientes et des patients représenterait mieux la perspective et donnerait une voix à ces collectivités canadiennes uniques.

Nous avons aussi décidé de limiter notre recherche aux collectivités où se trouvaient des maisons laïques (du secteur privé ou non). Pour l'Ontario et le Manitoba, nous avons pensé que les maisons à caractère ethnique ou religieux, en raison de leur rôle dans leurs collectivités respectives et des réseaux de soutien particuliers qui leur sont disponibles, compliqueraient l'étude considérablement lorsqu'il s'agirait de chercher à déterminer l'effet de la restructuration, particulièrement en ce qui a trait à son association avec les questions reliées au milieu de travail et à la charge de travail, comme le soutien et le bénévolat externes. Au Manitoba, chaque ORS s'efforce de placer les clientes et les clients dans des maisons de soins de leurs régions respectives, voire dans leur propre collectivité ou une collectivité adjacente. Vu la géographie sociale de l'ethnicité au Manitoba, il est très probable que toute identité ethnique ou religieuse d'un foyer de soins personnels sera la même que celle de la personne qui s'y trouve. Les sources principales ont signalé que les clientes, les clients et leurs familles considèrent ce facteur au moment d'indiquer leurs choix de placements préférés. Bien que cela puisse influer sur le temps qu'une personne se trouve sur la liste d'attente, le sentiment communautaire et le lien que cela instaure influent aussi considérablement sur l'environnement des dispensatrices de soins. Nous avons décidé que malgré l'intérêt qu'elles suscitent, l'étude des incidences des systèmes de classification sur ces travailleuses convenait mieux à un autre projet.

Enfin, nous n'avons pas fait d'entrevues avec les pensionnaires des maisons de soins infirmiers des régions rurales, car le centre d'intérêt de l'étude était les dispensatrices de soins de première ligne.

Trop souvent, ces travailleuses sont oubliées dans les évaluations de la politique sur les soins de longue durée.

Analyse

Une fois que les données eurent été transcrites, l'équipe de recherche a commencé l'analyse. Après avoir terminé la plupart des entrevues, nous avons recouru à l'expertise de Susan Turner, Ph.D., de l'Université de Guelph, pour nous aider à établir les grandes lignes des processus. M^{me} Turner a élaboré une façon unique de montrer visuellement les (littéralement en dessinant un graphique des) relations entre les travailleuses, les bénéficiaires des services, les participantes et les participants publics tels qu'ils sont organisés par les textes qui inscrivent les renseignements personnels et autres qui doivent être utilisés par les fournisseurs de services et les décisionnaires dans le cours de leur travail (Turner, 1995, 2002, 2003). Les graphiques ainsi élaborés pour ce processus se trouvent au chapitre 4 du présent document.

En EI, la « cartographie » s'effectue en documentant les processus axés sur des textes qui décrivent le travail que les gens effectuent. L'analyse consiste en l'élaboration du graphique en collaboration avec d'autres personnes. Dans leur travail, les analystes des politiques oublient souvent les incidences des variables, comme la question de l'égalité entre les sexes, la culture, le lieu géographique et l'étape de la vie, pour lesquels on présume souvent qu'ils n'ont aucune relation avec la mise en oeuvre des politiques. En EI, les graphiques sont créés en documentant les processus axés sur des textes, comme les processus dans lesquels on retrouve les formulaires d'accueil, les plans de soins, les notes des infirmières, les rapports trimestriels, les feuilles de calcul pour les exercices d'évacuation en cas d'incendie et autres qui font partie intégrante du travail dans les maisons de soins infirmiers. Le graphique jette ainsi un éclairage qui vient de l'*intérieur* du processus, rendant visible le travail que les femmes accomplissent — et dans le contexte des régions rurales. Par conséquent, les anomalies surgissent de l'intérieur de ces processus qui, autrement, sembleraient être normalisés ou neutres. Dans notre cas, nous cherchions à savoir comment les formulaires qui servent à la classification des patientes et des patients organisent le travail des dispensatrices de soins de première ligne. Les graphiques ont révélé beaucoup plus que cela.

Une anecdote d'une réunion de l'équipe de recherche indique l'efficacité de cette méthode. Quand la première ébauche du graphique a été présentée à Anita Marcotte, notre adjointe à la recherche au Manitoba qui a travaillé durant plusieurs années dans le domaine des soins de longue durée, sa réponse étonnée a été : « C'est exactement comme cela que ça fonctionne, mais je n'aurais pas pu le visualiser! » L'ethnographie institutionnelle a la capacité unique de regrouper le travail de plusieurs personnes, de montrer leurs connexions et non-connexions et de révéler les points d'un système qui pourraient être visés pour qu'on leur accorde une attention ou qu'on y apporte des changements. Les graphiques se trouvent ci-dessous.

4. COMMENT LES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION ORGANISENT LE TRAVAIL DES DISPENSATRICES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE : LES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION EN TANT QUE TRAVAIL RÉEL

Comme nous le laissons entendre dans l'introduction, les systèmes de classification sont loin d'être des entités abstraites sans lien avec le travail quotidien dans les domaines des soins dans les hôpitaux, dans les maisons de soins aux malades chroniques et dans les maisons de soins infirmiers. Nous insistons plutôt sur le fait que les systèmes de classification doivent être reconnus comme étant des ensembles d'activités coordonnées qui sont accomplies par des êtres humains et qui sont organisées dans des textes visibles et invisibles (Smith, 2002; Turner, 2002). À ce titre, ils comprennent les actions de plusieurs personnes qui tiennent un éventail de rôles différents et dont le travail au jour le jour est guidé par des ensembles multiples de formulaires créés, remplis, mis à jour et revus. Cela crée un « système » circulaire qui prend vie par lui-même.

Comme nous en avons discuté antérieurement, en Ontario, une IA ou une IAA de l'extérieur de l'établissement est embauchée sur une base contractuelle par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et reçoit une formation pour classer les patientes et les patients des maisons de soins infirmiers. Celle-ci se rend à la maison de soins infirmiers, examine les plans de soins ainsi que les rapports trimestriels et annuels et se sert de ces documents pour classer chaque pensionnaire de la maison à l'un des niveaux de soins qui sont décrits dans le système de classification de l'Alberta. Une fois cela accompli, la classificatrice de l'Ontario soumet au ministère sa liste des classifications des pensionnaires pour cette maison. Au palier du ministère, ces classifications sont alors entrées dans une formule (l'indice de la charge de cas) et le résultat du calcul détermine la proportion de financement qui sera accordée à la maison de soins infirmiers un an plus tard. Au Manitoba, la loi exige aussi des plans de soins, mais les niveaux de soins sont habituellement évalués par l'établissement même ou en partenariat avec une représentante de l'ORS qui se rend au foyer de soins personnels une fois par année. Au Manitoba aussi, la classification s'effectue une année avant que le financement soit accordé. Ainsi, le financement accordé à une maison de soins infirmiers pour répondre aux besoins qui sont déterminés en 2004 est remis à la maison en 2005, un an plus tard . Toutefois, une fois ce temps écoulé, l'état de plusieurs pensionnaires peut s'être détérioré et ceux-ci peuvent avoir besoin de plus de soins. Tant les administratrices et les administrateurs que les dispensatrices de soins de première ligne étaient critiques à l'égard de cet aspect du système.

> *Quelqu'un vient ici au moment de la classification et examine le dossier de chaque pensionnaire de la maison. Santé et Soins de longue durée [le ministère] recrute des gens de l'industrie pour faire les visites. Alors, ce sont des infirmières autorisées. Ils n'ouvrent les postes qu'aux inf. aux. aut. Elles sont formées, ont des journées de formation en août et la classification s'effectue de septembre jusqu'à novembre. Elles vont dans les maisons et classe tout le monde. Le jour où on est classé [la maison], le financement est basé là-dessus pour l'année suivante — avril de l'année suivante* (administratrice, Ontario).

> *Une autre chose que je trouve, c'est qu'ils n'évaluent qu'annuellement. Et quelqu'un peut passer du niveau 2 au niveau 4 du jour au lendemain et si cela*

> *se produit parmi vos 20 ou 30 personnes et que vous en avez 10 qui changent ainsi de niveau, bien il n'y aura pas de changement dans le personnel durant deux ans, de toute façon* (ASS, Manitoba).

Faire le graphique

Comme nous l'avons indiqué plus tôt, les graphiques élaborés au moyen de l'EI sont définis en documentant les processus axés sur les textes, comme ceux qu'on trouve dans les formulaires d'entrée, le plan de soins, les notes des infirmières, les rapports trimestriels, les feuilles de calcul des exercices d'évacuation en cas d'incendie et autres qui font partie intégrante du travail de la maison de soins infirmiers. Le processus de documentation décrit ci-dessous diffère d'une maison de soins de longue durée à l'autre. Nos données suggèrent que plusieurs formulaires ont trait particulièrement aux institutions ou aux régions, qui recueillent des renseignements de diverses façons, selon les besoins de chaque maison, du ministère ou de chaque ORS. Ce qui demeure constant, c'est le nombre stupéfiant de formulaires qui (dans les deux provinces) alimentent les rapports trimestriels et annuels.

La figure 1 esquisse la façon dont un système de classification fonctionne sur le site même d'une maison de soins infirmiers. Une ligne temporelle se trouve au bas de la page. Cette ligne de temps indique les actes de la ou du pensionnaire et de la travailleuse au fil du temps et au moyen du processus continu de documentation et de mise à jour qui se déroule durant la vie dans une maison de soins infirmiers. Chaque document (ou, dans certains cas, un ensemble de documents) est identifié par une lettre (A, B, AA, BB et autres) pour laquelle il y a une clé au bout, du côté droit, du graphique. Le graphique révèle un certain nombre de thèmes importants.

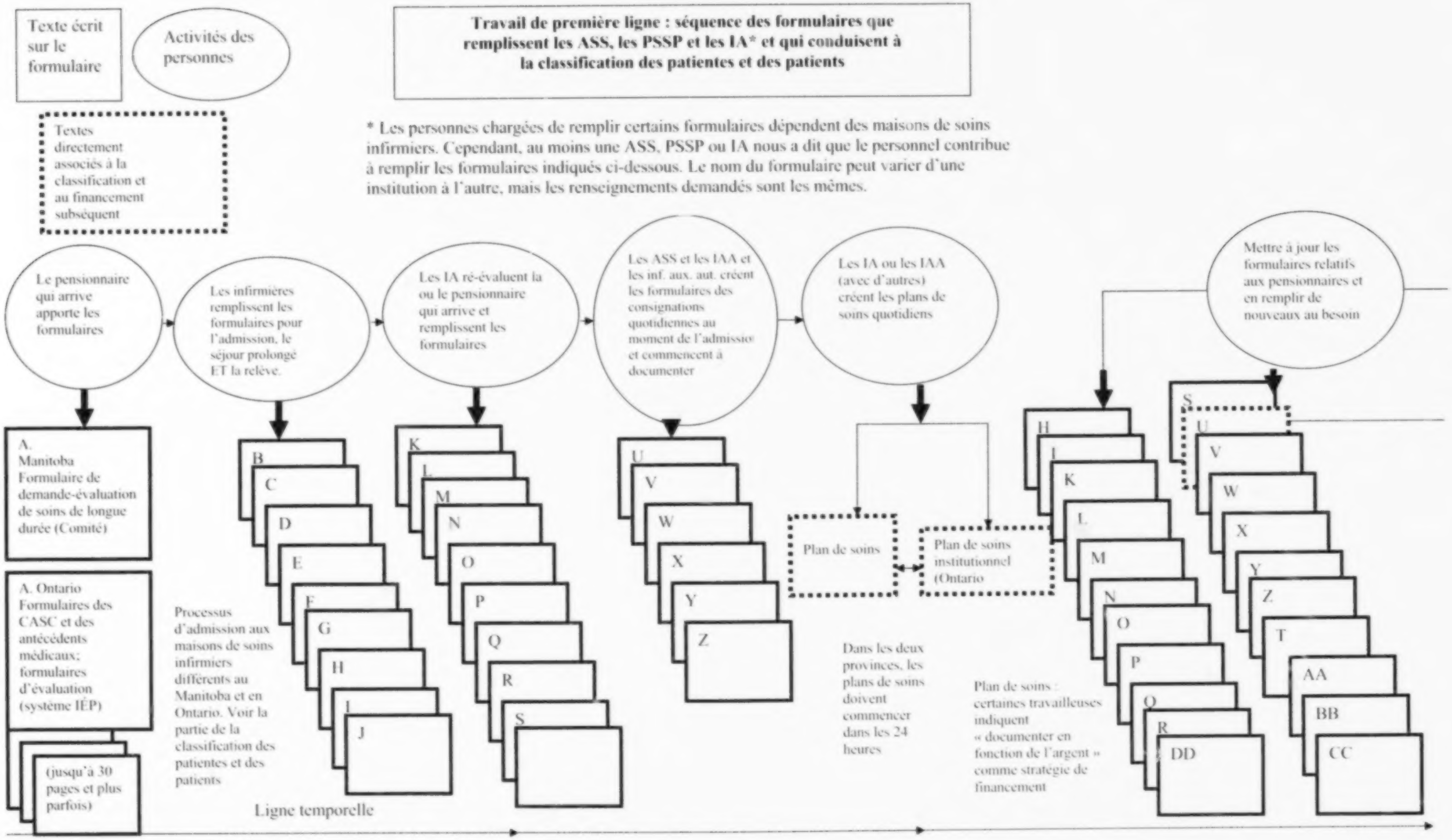
- Une nouvelle ou un nouveau pensionnaire qui passe par le processus de protection est la source de beaucoup de travail d'écriture (les CASC en Ontario, le comité au Manitoba). Ces évaluations s'effectuent différemment de celles des maisons de soins infirmiers ou des foyers de soins personnels et ces travaux d'écriture ne se traduisent pas facilement dans les systèmes de classification des maisons de soins infirmiers.

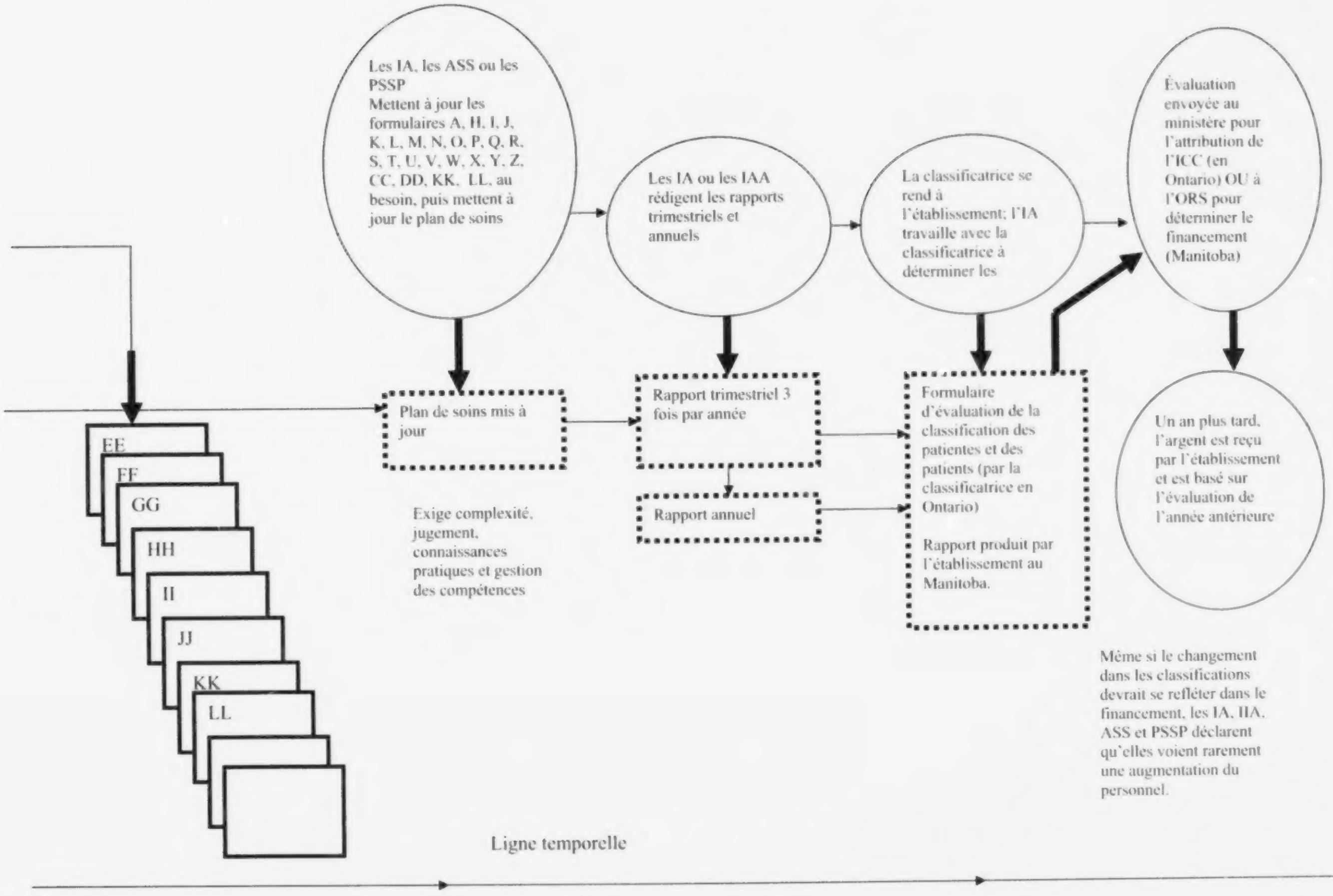
- Sans égard à la durée du séjour (court terme, relève, etc.), une nouvelle évaluation qui exige un volume considérable de travaux d'écriture est amorcée chaque fois que la ou le même pensionnaire fait son entrée dans la maison, ce qui peut se produire plusieurs fois par mois.

- Au cours des jours-semaines-mois que durent les soins, des renseignements en quantité incroyable sont consignés sur des formulaires ou dans des rapports. Beaucoup de ces renseignements sont en double et il arrive souvent que personne ne les revoit une fois qu'ils sont documentés et inscrits aux dossiers.

- Tous les renseignements inscrits sur les formulaires relativement aux soins dispensés aux patientes et aux patients alimentent l'élaboration et la tenue à jour du plan de soins (qui est le document le plus important qui soit examiné pour la classification des patientes et des patients) ou du plan de soins institutionnel.

- La présence de deux « plans de soins » différents (plan de soins et plan institutionnel) suggère qu'il y a une pratique de « faire le graphique pour l'argent ».


Texte écrit sur le formulaire
Activités des personnes
Textes directement associés à la classification et au financement subséquent
Travail de première ligne : séquence des formulaires que remplissent les ASS, les PSSP et les IA* et qui conduisent à la classification des patientes et des patients
* Les personnes chargées de remplir certains formulaires dépendent des maisons de soins infirmiers. Cependant, au moins une ASS, PSSP ou IA nous a dit que le personnel contribue à remplir les formulaires indiqués ci-dessous. Le nom du formulaire peut varier d'une institution à l'autre, mais les renseignements demandés sont les mêmes.
Le pensionnaire qui arrive apporte les formulaires
Les infirmières remplissent les formulaires pour l'admission, le séjour prolongé ET la relève.
Les IA ré-évaluent la ou le pensionnaire qui arrive et remplissent les formulaires
Les ASS et les IAA et les inf. aux. aut. créent les formulaires des consignations quotidiennes au moment de l'admissio et commencent à documenter
Les IA ou les IAA (avec d'autres) créent les plans de soins quotidiens
Mettre à jour les formulaires relatifs aux pensionnaires et en remplir de nouveaux au besoin
A. Manitoba Formulaire de demande-évaluation de soins de longue durée (Comité)
A. Ontario Formulaires des CASC et des antécédents médicaux; formulaires d'évaluation (système IÉP)
(jusqu'à 30 pages et plus parfois)
Processus d'admission aux maisons de soins infirmiers différents au Manitoba et en Ontario. Voir la partie de la classification des patientes et des patients
B C D E F G H I J
K L M N O P Q R S
U V W X Y Z
Plan de soins
Plan de soins institutionnel (Ontario
Dans les deux provinces, les plans de soins doivent commencer dans les 24 heures
Plan de soins : certaines travailleuses indiquent « documenter en fonction de l'argent » comme stratégie de financement
H I K L M N O P Q R DD
S U V W X Y Z T AA BB CC
Ligne temporelle



A. Formulaires du CASC et des antécédents médicaux, formulaires de préévaluation (Ontario), formulaires A et A (Manitoba)
B. Formulaire des articles personnels
C. Formulaire de prise de décision par une représentante ou un représentant
D. Formulaire de consentement aux traitements par la famille
E. Formulaire d'orientation de la famille
F. Formulaire de renseignements sur les comptes
G. Contrat de la ou du pensionnaire
H. Formulaire de renseignements pour la diète
I. Formulaire de travail de laboratoire
J. Formulaire d'évaluation de la chaleur par temps chaud
K. Formulaire d'évaluation de la douleur
L. Formulaires de réévaluation et profil de la ou du pensionnaire
M. Formulaire d'évaluation de la vie et du transfert
N. Formulaire sur les risques de chute
O. Formulaire d'évaluation pour les soins des pieds
P. Formulaire d'activation des soins de rétablissement
Q. Formulaire d'évaluation de la diète et d'aiguillage
R. Formulaire relatif à l'incontinence, à la vessie et à l'intestin
S. Feuilles de vérification du poids
T. Formulaire relatif aux faits inusités
U. Notes sur les progrès
V. Changements dans les ordonnances du médecin
W. Dossier de l'administration des traitements
X. Formulaire d'ordonnance du médecin
Y. Organigrammes
Z. Dossier de l'administration des médicaments
AA. Formulaires pour les pensionnaires qui quittent les lieux
BB. Formulaire de renseignements du coroner
CC. Formulaire de transfert par ambulance
DD. Vérification sommaire de tous les formulaires
EE. Manuel du matériel pour filtrer l'eau
FF. Formulaires d'exercices d'évacuation en cas d'incendie
GG. Formulaire d'indemnisation des travailleuses
HH. Étude de marche de l'établissement
II. Formulaire sur l'éclosion de maladies qui portent atteinte à la santé publique
JJ. Horaire de travail
KK. Rapport sur un incident
LL. Autres formulaires exigés par le ministère

- Les documents qui alimentent les textes des évaluations sont souvent interprétés par un membre du personnel qui ne dispense pas nécessairement les soins de première ligne aux pensionnaires (IA, administratrices et administrateurs, etc.).

- En Ontario et parfois au Manitoba, l'évaluation finale est effectuée par une personne qui ne travaille pas dans l'établissement (évaluatrice ou évaluateur, représentante ou représentant de l'ORS).

- Les évaluations servent à déterminer le financement qui sera accordé une année complète après la fin du processus.

- Plusieurs formulaires uniques aux établissements ont été conçus en raison des questions reliées à la responsabilité civile ou pour la protection de l'établissement, ce qui laisse supposer que les travailleuses n'ont peut-être pas reçu la formation relativement à toutes les procédures qu'elles doivent exécuter.

- Les formulaires et la documentation qui ne sont pas pertinents pour les soins dispensés aux pensionnaires suggèrent aussi que, dans certains cas, on demande aux dispensatrices de soins de première ligne d'exécuter des tâches de bureau ou de surveillance en sus de leurs responsabilités comme moyen de comprimer les coûts de la main-d'oeuvre.

Dans la discussion ci-dessous, nous incorporons des citations de dispensatrices de soins de première ligne qui ont participé à notre étude. Parfois, ces citations sont longues, mais nous ne nous en excusons pas. Nous considérons plutôt qu'il s'agit d'une rare occasion de faire entendre la voix des dispensatrices de soins de première ligne, qui parlent de leur travail, à l'extérieur du système de santé.

Admission et documentation qui conduit au plan de soins

En commençant par le côté gauche du graphique, A indique l'ensemble des documents auxquels la maison de soins infirmiers se réfère dans la préparation de la nouvelle admission de la ou du pensionnaire. Ces formulaires proviennent des protectrices et des protecteurs qui décident si une ou un pensionnaire est admissible à une maison de soins infirmiers. Au Manitoba, ces évaluations sont effectuées par une coordonnatrice des soins de santé qui les transmet au comité. En Ontario, elles arrivent des CASC. Dans cette province, les outils d'évaluation utilisés par les CASC (ensemble minimal de données) sont différents de ceux qui sont utilisés dans les maisons de soins infirmiers (système de classification de l'Alberta), ce qui peut entraîner des difficultés sur le plan de la communication.

Y a-t-il un formulaire qui provient du CASC?

> *C'est sa taille!! Regardez. Il y a 30 pages!* (Administratrice, Ontario.)
>
> *Je pense que s'ils demandent plus de travaux d'écriture, pour nous, cela coupe le temps que nous passons avec les pensionnaires, ce qui n'est pas juste. Le gouvernement nous demande une trace écrite de l'information aussi longue qu'un rouleau de papier hygiénique* (ASS, Manitoba).

Alors, les travaux d'écriture qui proviennent du CASC ne sont pas nécessairement l'antécédent médical le plus récent de la patiente?

Non, et cela pose des problèmes (administratrice, Ontario).

Bien, l'autre chose, c'est l'interprétation de la personne qui fait les évaluations. Et alors, parfois, l'interprétation des comportements est totalement différente de notre interprétation de ce que peut être un risque... quand nous examinons toutes les pièces, il était tellement clair que nous n'aurions pas dû le prendre ici (IA, Ontario).

Trouvez-vous que les évaluations du comité sont exactes?

Habituellement, plutôt adéquates. Parfois, nous les prenons quand on nous dit qu'ils sont beaucoup plus faciles à soigner que ce que nous pensions quand ils sont arrivés...mais cela leur prend quand même du temps à s'adapter.

Faites-vous une évaluation aussi quand ils arrivent?

Oui, plus ou moins (infirmière auxiliaire autorisée, Manitoba).

Pourriez-vous décrire votre compréhension du processus qui se déroule en comité au Manitoba?

Cela varie selon les régions... et tous les comités fonctionnent à peu près de la même façon. Ce sont les mêmes critères essentiels qu'il faut pour avoir accès à un foyer de soins personnels, ce qui, encore une fois, est une illusion, car nous en avons plusieurs qui sont entrés dans un foyer de soins personnels sans même avoir rempli une demande (source principale, Manitoba).

Les maisons de soins de longue durée de l'Ontario et du Manitoba offrent parfois de courts séjours qu'on appelle soins de relève ou soins de soutien. Un lit de court séjour peut être utilisé sur une base temporaire si une personne doit être admise pour l'une des raisons suivantes : en raison d'une crise; elle a besoin d'un court séjour ou elle peut profiter d'un séjour de ce genre dans une maison de soins infirmiers; ou la dispensatrice de soins a besoin d'un repos durant une courte période. Les documents de B à Z sont des formulaires qui sont remplis au moment de l'admission, certains immédiatement, certains plus tard, selon les lignes directrices du ministère. Les 26 formulaires indiqués ici sont remplis par un certain nombre de personnes différentes dans les cas des pensionnaires de longue durée ou de relève. Nous avons appris qu'en Ontario, que les pensionnaires de relève soient admis pour une nuit, 20 nuits ou une fois par mois, il faut remplir le même nombre de formulaires à chacune de leur arrivée, comme le font les pensionnaires de longue durée.

En Ontario et au Manitoba, habituellement, une IA ou IAA prend même l'évaluation d'admission d'une autre maison de soins infirmiers à son arrivée, téléphone aux autres fournisseurs de soins de santé, comme les diététistes ou les physiothérapeutes, pour obtenir leurs commentaires. La plupart des évaluations couvrent les mêmes aspects que ceux des documents d'admission des pensionnaire des ORS ou des CASC.

Durant les 24 premières heures, les aides en soins de santé qui entrent en communication avec une ou un pensionnaire qui arrive s'informent minutieusement de son état d'adaptation, consignant particulièrement son comportement, sa douleur, sa mobilité, son état mental ainsi que son

ingestion et son évacuation de solides et de liquides, entre autres choses. Dans les 24 premières heures, un médecin évalue habituellement la ou le pensionnaire. Toutes ces évaluations produisent encore plus de documentation, de formulaires à remplir, que ce soit pour les prescriptions de médicaments, les soins de rétablissement (physiothérapie ou ergothérapie), les besoins sur les plans de la diète ou d'autres besoins particuliers pour ne pas raviver les ordonnances et les formulaires de l'avo[illegible] de la famille. En plus des évaluations, de la surveillance et de la documentation de l'état médical d'une ou d'un pensionnaire, d'autres formulaires servent à consigner des exigences pratiques, comme l'ouverture de comptes, l'inscription des possessions, etc. Malgré la nature bureaucratique de ces formulaires, cette documentation non médicale est remplie par des inf. aux. aut. ou des ASS, qui les produisent pour que les membres de la famille les signent avant que la ou le pensionnaire arrive ou le jour de l'arrivée.

Les formulaires de H à Z et de BB à DD alimentent le plan de soins et le plan de soins institutionnel de la ou du pensionnaire.

Les plans de soins

Le plan de soins est le nom donné à un ensemble de documents et d'exposés de faits qui visent à informer les travailleuses sur la façon d'organiser leur travail et à constituer un formulaire pour normaliser les soins dispensés aux pensionnaires. Le plan de soins est le texte central qui documente l'état de chaque pensionnaire, définit les attentes quant aux professionnelles et aux professionnels qui géreront les soins et régule efficacement le travail que les soignantes et les soignants font de jour en jour, d'heure en heure, de minute en minute. En vertu de la loi, la documentation du plan de soins doit commencer dans les 24 heures qui suivent l'admission dans une maison de soins infirmiers en Ontario et au Manitoba. Le plan de soins est aussi le document central qui est examiné par le ministère ou par les évaluatrices et les évaluateurs régionaux et à partir duquel la classification des patientes et des patients est établie. Cependant, il a été intéressant de découvrir que plusieurs maisons de soins infirmiers élaborent deux plans de soins : un pour consigner les renseignements qui sont pertinents pour la classification des patientes et des patients et qui servira à l'évaluatrice ou à l'évaluateur, et un autre, le plan de soins institutionnel, qui est un document semblable, mais qui comporte plus de détails au sujet des pensionnaires et du contexte dans lequel les soins seront dispensés. Parfois, la classificatrice se réfère au plan de soins institutionnel, d'autres fois, non.

Des dispensatrices de soins de première ligne de l'Ontario décrivent le processus de préparation du plan de soins institutionnel.

> *Quand vous préparez leurs plans de soins, il y une partie additionnelle. C'est la feuille à cocher. Mais, chaque comportement ou médicament particulier ou le fait qu'il y a eu des crises ou autre chose, il faut développer et l'écrire... Alors, si ce pensionnaire a été agressif, fréquemment en colère ou verbalement agressif sans avoir été provoqué, il faut cochez là, puis il faut expliquer. Il faut dire comment il a été agressif, s'il gifle, s'il pince, s'il crache, s'il crie, s'il donne des coups de pied? Il faut décrire le comportement. Puis, il faut indiquer quelle intervention le personnel infirmier doit exécuter pour l'empêcher de faire cela* (ASS, Ontario).

> *Le plan de soins compte environ 10 pages. Les plans de soins sont définis à peu près de la même manière que celle qu'utilisent les classificatrices pour effectuer la classification. Nos feuilles [le plan de soins institutionnel] vont dans l'autre sens, mais partent de la même idée. Presque les mêmes mots... la date de la mise à jour...* (IA, Ontario).

Les différents documents qui constituent les plans de soins des maisons de soins de longue durée créent aussi de nouvelles couches de travail en raison de la nécessité de doubler la documentation. Les travailleuses des maisons de soins de longue durée documentaient de différentes façons les soins réels dispensés aux pensionnaires, mais, dans certains cas, nous avons constaté que les établissements exigeaient de créer des formulaires faciles à lire et des formulaires informatisés destinés particulièrement à la classificatrice du gouvernement. Nous pouvons voir comment le personnel autorisé et non autorisé perçoit la création de ces textes à l'aide du commentaire qui suit.

> *Grande divergence entre le plan de soins et le plan de soins [institutionnel]. Le plan de soins est essentiellement ce que nous remplissons en nous basant sur les besoins des pensionnaires et sur notre raison d'être ici. Très simplifié, il y a des facteurs de temps pour les comportements et les AVQ qui sont basés sur la politique... Ils ne pensent pas aux pensionnaires. Les classificatrices ne pensent pas à ce qu'il faut vraiment faire pour les patientes et les patients. Le plan de soins [institutionnel], c'est « la personne ». J'ai une image de vous, je sais ce que vous faites le matin – vous vous brossez les dents, vous vous coiffez, etc. Mais quand JE VOUS VOIS, je vois oh! Vous devez mettre vos boucles d'oreille, votre rouge à lèvre, votre maquillage... La classificatrice examine les chiffres, ne comprend pas les pensionnaires. ...91 personnes et une IA – Je connais leurs subterfuges, car j'ai été là longtemps. Mais, il n'y a aucun endroit sur le formulaire pour dire si la personne aime avoir ses rôties à gauche, que la lumière soit allumée, etc. Il n'y a aucune façon de documenter toutes ces choses. C'est habituellement à ce point que vous devenez folle. Le plan de soins n'est pas aussi focalisé qu'il le devrait* (IA, Ontario).

Au cours de l'année civile, les plans de soins individuels sont mis à jour régulièrement à mesure que les besoins des pensionnaires changent et d'autres formulaires de soutien sont mis à jour ou créés en leur nom. En Ontario et, souvent, au Manitoba, la directrice des soins infirmiers ou l'IA gestionnaire ou, parfois, l'inf. aux. aut. doit rédiger un « rapport trimestriel » pour chaque pensionnaire et, à la fin de l'année, cette personne doit préparer un « rapport annuel ». Dans certaines maisons du Manitoba, l'IA gestionnaire met à jour les plans de soins chaque mois.

> *... alors, ils sont à jour au cas où le ministère nous appellerait pour faire rapport de nos niveaux de soins* (IA, Manitoba).

C'est un volume de travail étonnant. Pourtant, nos répondantes pensent que les formulaires et la documentation qui alimentent l'élaboration du plan de soins sont inexacts, souvent produits en double et rarement lus.

On est constamment en orbite autour de l'établissement. Vétifier pour voir si les aides font ce qu'elles doivent faire, vérifier si une personne pourrait être malade, etc., surveiller les rendez-vous à l'intérieur et à l'extérieur, les communications avec le personnel qui vous fait rapport ou discuter de toutes sortes de choses avec la directrice des soins durant la journée. Tout le temps non occupé à autre chose est occupé à préparer les plans de soins, car nous en avons tant à faire trimestriellement. Alors, en moyenne tous les trois mois, on en fait 30 — un tiers tous les trois mois en nous fondant seulement sur le moment où les pensionnaires ont été admis dans la maison. Je fais habituellement la réévaluation annuelle, car je suis normalement celle qui va aux conférences sur les soins. Les mises à jour trimestrielles sont faites habituellement par l'IA qui me remplace quand je suis en congé (IA, Ontario).

Alors, tous ces renseignements sont de nouveau transférés dans le plan de soins?

Oui. Nous ne cessons de transférer... de faire un double, un autre double, puis un autre double. Et qui consulte ça? Qui a le temps, bien honnêtement, de voir à tout, on sait qu'on n'a simplement pas le temps. Sauf quand on vous embauche, vous avez une orientation et vous jetez un coup d'oeil plus tard... Je veux dire, c'est simplement malsain (IAA, Ontario).

Mais, les plans de soins ont changé. Il y a sans aucun doute beaucoup de travail à faire sur cette question (IA, Manitoba).

Alors, ce que vous me dites, c'est que le formulaire n'est pas vraiment utile?

Non. Il ne rend personne responsable. Nous avons cinq minutes à la fin du quart de travail pour remplir tous ces papiers. Il faut suivre, faire vite, car il faut rentrer à la maison. Nous ne savons même pas si quelqu'un porte attention à ce formulaire de toute façon, c'est seulement — cocher, cocher, cocher, cocher (ASS, Manitoba).

Bien, même avec tous les travaux d'écriture à faire, je remarque de plus en plus qu'ils ne sont pas remplis. C'est une AVQ, ce que ça prend pour une certaine vie quotidienne, il y a des petites cases et il faut tout cocher, puis vous aidez à aller à la selle, vous faites deux heures de contention, et de plus en plus il n'y a pas de temps, alors ils ne sont même pas... ils ne sont pas remplis. Vous pouvez passer du 6ᵉ [jour du mois] et, soudainement, le 14ᵉ est arrivé et personne... ils n'ont pas le temps de le faire. Nous n'avons même pas un endroit pour nous asseoir et tenir nos livres (ASS, Manitoba).

Où faites-vous vos rapports? Dans une salle de conférence?

Debout...la lingerie... ou debout devant un pupitre. Oh! c'est très dur. Les cloches sonnent, il y a du monde, des pensionnaires qui viennent, alors vous manquez une bonne part du rapport, car quelqu'un doit répondre à cette cloche (ASS, Manitoba).

Il devient évident que le nombre de documents qui exigent une attention quotidienne pour préparer le plan de soins est élevé. Qui plus est, plusieurs de ces documents exigent une élaboration pour documenter des comportements particuliers qui peuvent nécessiter des types particuliers d'attention. Les maisons de soins infirmiers concilient les formulaires qui sont communs aux offices de santé ou aux sociétés privées et développent leurs propres formulaires qu'elles jugent plus conviviaux et adaptés aux besoins immédiats des pensionnaires et des dispensatrices de soins. En plus de cela, elles réunissent les rapports trimestriels et, parfois, mensuels. Ces documents alimentent le processus de classification, car on les consulte pour déterminer le niveau de soins qu'exige chaque pensionnaire.

Au rythme quotidien où évoluent les maisons de soins infirmiers, les travailleuses perpétuent le système en documentant constamment chaque étape des soins dispensés aux pensionnaires. En outre, cette documentation prend un temps considérable dans le cours de leur journée de travail et, en réalité, contrôle le temps disponible pour les autres aspects de leur emploi. Bien que le processus diffère légèrement entre le Manitoba et l'Ontario quant à savoir qui remplit les formulaires, les catégories usuelles de formulaires couvrent une grande variété d'incidents et d'activités. Cela comprend des formulaires pour consigner les fonctions corporelles, le changement de capacité d'un pensionnaire pour des soins auto-administrés autonomes, des formulaires qui confirment si une infirmière dispense les soins et comment, des formulaires qui servent à consigner qu'un pensionnaire frappe une infirmière et des formulaires pour se conformer aux politiques municipales. Sur le graphique, tous les groupes de formulaires, sauf le dernier, alimentent le plan de soins et, à la fin, deviennent le fondement de la classification des patientes et des patients.

Les répondantes ont été très claires en nous indiquant que les exigences en matière de documentation ont proliféré ces dernières années et prennent de plus en plus de leur temps.

> *On ne sait pas combien de formulaires on utilise tant qu'on n'en parle pas* (IA, Ontario).
>
> *Oui, tout se traduitpas un formulaire!* (Administratrice, Ontario.)
>
> *Dieu nous pardonne si les travaux d'écriture continuent d'augmenter comme ça et si les soins infirmiers, les soins pratiques, diminuent comme ils le font actuellement, c'est, vraiment, vous savez* (IAA, Ontario).

Le travail de classification : « Vous voyez, la consignation, c'est la classification »

Au Manitoba, les réévaluations régulières des pensionnaires se font dans la maison par l'IA ou l'inf. aux. aut., parfois avec l'apport de l'ASS. Pour la plus grande part, il semble que les ASS de l'Ontario participent davantage à la documentation que leurs homologues du Manitoba. En Ontario, une classificatrice vient dans la maison de soins infirmiers pour assigner un niveau de soins à chaque pensionnaire. Au Manitoba, ce sont les maisons de soins infirmiers elles-mêmes (habituellement les administratrices et les administrateurs ou l'IA gestionnaire) qui évaluent le niveau de soins des pensionnaires en se fondant sur les lignes directrices, et qui font rapport à leurs ORS respectifs. Une seule maison du Manitoba a signalé qu'une représentante de l'ORS

l'a aidée dans cette tâche. En Ontario, le processus de classification s'effectue dans la maison de soins infirmiers, mais c'est parce que c'est plus utile pour réunir la documentation. Les classificatrices ne visitent pas nécessairement les pensionnaires et, souvent, ne parlent pas aux dispensatrices de soins de première ligne qui dispensent les soins directement aux pensionnaires.

> *Premièrement, la classification est un système basé sur la documentation. Ils n'examinent strictement que la documentation. Les classificatrices doivent écrire ces renseignements et les coder. Quand ces personnes ont tous les renseignements, elles examinent leurs... elles ont des lignes directrices et des définitions qu'il leur faut suivre pour examiner chacune des AVQ. À la rubrique alimentation, elles peuvent trouver une alimentation complète, alors elles savent que c'est le code 4, elles codent 4. Puis, à la rubrique élimination et propreté, elles peuvent trouver deux niveaux [indiqués dans la documentation des maisons de soins infirmiers]. Cela peut vouloir dire de ne pas le laisser seul et l'autre qu'il faut lui rappeler d'y aller. Ces personnes [classificatrices] ne savent pas lequel. Elle ne connaissent pas le pensionnaire. Elle ne connaissent pas l'établissement. Elles n'appellent pas, mais elles ont trouvé de la documentation pour appuyer deux niveaux, alors elles vont voir le personnel et font ce qu'elles appellent une vérification. Elles disent au personnel, pour M. Untel, à la rubrique élimination et propreté, est-ce un code 1, à qui vous devez rappeler d'aller à la salle de bains, ou un code 3, constamment. Et alors, le personnel peut dire 1 ou 3, et quoi qu'il dira, elles le coderont.*

Combien de fois, pensez-vous, les classificateurs parlent aux PSSP?

> *Pas très souvent. Parfois, une IA emmène une PSSP avec elle, mais, généralement, ça n'arrive pas souvent, c'est très rare qu'on traite avec ces personnes. Pour une raison ou pour une autre... et nous disons très clairement que nous voulons que la personne qui connaît les pensionnaires, qui en prend soin, mais ils ne veulent pas emmener les PSSP vraiment souvent. Je ne connais pas vraiment la raison derrière cela, ils ont peur de ne pas savoir, ou que diront-ils. Je n'en suis pas tout à fait certaine. Puis, ils vont le lui demander, comme je le dis, et quoi qu'ils disent... [c'est documenté]* (vérificatrice-formatrice, coefficient d'objectivité, source principale de l'Ontario).

> *Je travaille dans deux foyers de soins personnels différents et je peux voir deux pensionnaires qui sont presque exactement dans le même état. Dans une maison de soins, le pensionnaire est de niveau 4 et dans l'autre maison de soins, elle est de niveau 2. Et je dis : « Attendez une minute... il y a quelque chose qui cloche. Comment est-ce possible que l'une soit de niveau 2 et l'autre, de niveau 4? » Bien, dans un des foyers de soins personnels où je travaille, si une pensionnaire est incontinente deux fois dans un mois, il est consigné qu'elle était incontinente et c'est ce qui est inscrit sur ce graphique pour indiquer le niveau de la pensionnaire. Dans l'autre maison de soins, ça n'est arrivé qu'une fois, alors nous ne l'inscrivons pas, ce n'est arrivé qu'une ou deux fois et nous ne nous en préoccupons pas. Peut-être que ça n'a pas été signalé ni consigné, maintenant*

> *c'est différent, que ce soit de niveau 2, de niveau 3 ou de niveau 4... C'est très enrageant, très* (ASS, Manitoba).

Selon certaines répondantes de l'Ontario, le processus de classification encourageait les maisons à « documenter pour obtenir l'argent » et pour faire percevoir ce qui pourrait être un événement très occasionnel comme quelque chose de notable pour optimiser le financement. On dit aussi que c'est un « jeu ». Les travailleuses de première ligne sont très au courant de la tendance — et, parfois, de l'exigence — de « documenter pour obtenir de l'argent » de manière à accroître le financement accordé à leur établissement. Dans certains cas, on interdit aux dispensatrices de soins de première ligne d'entrer du texte dans le plan de soins, un rôle qui relève uniquement de la directrice des soins infirmiers ou de l'IA chef. Cela indique la capacité inhérente du système de classification d'être manipulé et interprété d'un établissement à l'autre et soulève des questions au sujet de la cohérence de ce qui y est documenté, de la façon de le faire ainsi que de l'interprétation d'une maison de soins infirmiers à l'autre.

La pratique de jeux n'est pas considérée comme un manque d'éthique, mais plutôt comme le fait que la classification des patientes et des patients encourage les dispensatrices de soins de première ligne à penser aux soins et au temps qu'elles passent avec les pensionnaires du point de vue des catégories de codage qui, éventuellement, déterminent le niveau de financement qui sera accordé à la maison de soins infirmiers. Par conséquent, il est dans le meilleur intérêt de l'établissement d'assurer de consigner au maximum les efforts dans le domaine des soins infirmiers. D'autres, dans les deux provinces, voient cette pratique comme le fait de « jouer avec le système » et insistent pour dire qu'elles ne documentent pas toujours rigoureusement, et ce, sciemment, même si elles se rendent compte que cela a des incidences sur le financement de l'établissement.

> *C'était la personne qui cherchait à enseigner à ces gens [notre personnel] que, écoutez, c'est ce que nous devons savoir, parce qu'ils [notre personnel] diraient « oh! non, la personne n'est pas incontinente » alors qu'elle l'était, car trois fois sur quatre, elle était mouillée. Mais, comme cela n'arrivait pas à telle personne [régulièrement] [le membre du personnel disait] « oh! non, elle n'est pas incontinente », alors il n'était pas possible d'obtenir les points additionnels, vrai? Mais, la charge de travail était là. Une bonne partie de nos problèmes était que [les pensionnaires] n'étaient pas évalués adéquatement, parce que, bien sûr, l'IA [qui parle à la classificatrice] n'est pas avec les pensionnaires comme le sont les filles de première ligne. Alors, ils ont réellement essayé de travailler sur cela pour tenter d'améliorer les évaluations* (ASS, Ontario).

> *Je veux dire, il peut y avoir des 3 qui sont plutôt incertains et il peut y avoir des 4 qui ne devraient réellement pas être des 4, mais nous ne disons rien, car les 4, c'est mieux* (ASS, Manitoba).

> *Elle [la classification] n'est aucunement exacte. En réalité, tout ce que c'est, il n'y a qu'une assiette au beurre. C'est une façon de diviser l'assiette au beurre, c'est tout ce que c'est. Ce qui est intéressant, c'est qu'elles [les classificatrices] ne voient jamais les pensionnaires. Tout est basé sur notre documentation. Alors, si la documentation n'est pas adéquate, on perd. Alors, c'est pourquoi nous*

> *nous en faisons tant... on appelle cela « consigner pour de l'argent », parce que tout dépend de la façon de consigner et de ce qui peut être vu par [les classificatrices]. Si vous consignez qu'il faut répondre aux besoins d'une personne toutes les 10 minutes, cela vaut tant, mais si c'est le cas et que ce n'est pas consigné [dans le plan de soins]... alors, vous perdez* (administratrice, Ontario).

> *Vous voyez, la consignation, c'est la classification. Tout est tellement interdépendant qu'il est impossible de l'extraire. Vous pouvez... si vous documentez pour l'argent, vous pouvez extrapoler et dire : si une pensionnaire a été incontinente une fois durant l'année, alors, elle est « incontinente parfois » [sur le formulaire]. Pour nous, nous ne croyons pas qu'écrire que cette pensionnaire serait incontinente dans un plan de soins serait dans le meilleur intérêt de cette pensionnaire ou de la personne qui dispense les soins... alors, nous n'obtenons pas l'argent pour cela* (administratrice, Ontario).

Cependant, les classificatrices se fient principalement aux documents préparés par les dispensatrices de soins de première ligne, mais cherchent rarement l'avis des personnes qui traitent réellement avec les pensionnaires sur une base quotidienne. Dans presque tous les cas, l'évaluatrice travaille avec l'IA responsable ou la directrice des infirmières à interpréter la documentation. Alors, le contexte de chaque maison et de chaque pensionnaire peut se perdre. Cependant, dans la maison de soins infirmiers, tout peut être le contexte. Par exemple, une répondante a signalé que la maison où elle travaillait avait passé par une période de construction, à laquelle elle attribuait une augmentation des « comportements » qui exigeaient plus de soins infirmiers, car les pensionnaires étaient perturbés par le bruit et les dérangements. La classification des patientes et des patients ne prend pas le contexte en considération.

Au Manitoba, il pourrait sembler que le jeu serait moins un problème, car les administratrices et les administrateurs des soins infirmiers produisent le rapport sur les niveaux de soins aux ORS. Pour cette raison, on pourrait penser que les établissements sont plus en mesure d'adapter leurs rapports pour tenir compte des exigences mentales posées aux dispensatrices de soins ainsi que des exigences physiques croissantes. Toutefois, bien qu'elles rapportent les niveaux croissants d'exigences en matière de soins des personnes âgées qui entrent dans les foyers de soins personnels, et le besoin subséquent de dispenser plus de soins, les travailleuses de première ligne du Manitoba nous disent que les niveaux de personnel ne semblent jamais changer.

> *Je crois qu'il y a de plus en plus de personnes qui sont de niveau 3. Les gens ne restent plus à leur domicile, nous recevons plus de personnes qui sont de niveau 3, mais le personnel n'a pas changé. C'est toujours le même et c'est le problème, ils ne reconnaissent pas cela* (ASS, Manitoba).

> *C'est simplement... tout le processus est tellement loin derrière (rires). Car, vous savez, on ne reçoit jamais des personnes dont les cas sont plus légers. En fait, c'est très rare de recevoir des personnes dont les cas sont plus légers. Alors...comme les ans ont passé, les soins, les niveaux de soins qu'on trouve dans*

> *les maisons de soins infirmiers ont augmenté aussi et, cependant, le personnel n'a jamais été proportionnel, jamais* (ASS, Manitoba).

Documentation qui n'est pas directement liée aux soins

En plus des nombreux formulaires et du volume de documentation qui alimentent le plan de soins, les dispensatrices de soins de première ligne et les infirmières principales doivent, dans leur travail quotidien, remplir un nombre considérable de formulaires qui ne sont pas directement reliés aux soins à dispenser aux pensionnaires. Sur le graphique, ils apparaissent aux codes B, C, D, E, F, G, J, AA, CC, DD, EE, FF, GG, HH, JJ et LL. Un bonne part de cette croissance du volume de travail découle de la visibilité accrue des questions liées aux soins de longue durée et des reportages souvent à sensation [quoique importants] des médias que produisent les accusations d'abus, de violence ou de négligence ainsi que des tentatives des ministères et des administratrices et administrateurs des différentes maisons pour éviter une publicité aussi négative. Une certaine part de cette documentation provient aussi des préoccupations croissantes au sujet des questions de responsabilité civile et relie l'auto-protection à chaque aspect de la documentation et des procédures quotidiennes des maisons.

> *Une fois par mois, à chaque quart de travail, il doit y avoir un exercice d'évacuation en cas d'incendie et le formulaire pertinent vient de changer.*

C'est une IAA?

> *Le personnel autorisé doit effectuer un exercice d'évacuation en cas d'incendie… Ça, c'est un formulaire de trois pages que nous devons remplir quand il y a un exercice d'évacuation en cas d'incendie* (IAA, Ontario).

> *Bien, disons que quelque'un verse un produit chimique sur nous. Nous devons connaître le SIMDUT [Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail] et nous le revoyons chaque année, et nous le gardons dans notre graphique et dans le dossier du personnel. Nous avons les feuilles de données du SIMDUT pour chaque produit chimique. Et maintenant, même pour le fixatif que la coiffeuse utilise, nous devons avoir les feuilles de données. Nous utilisons du PineSol® dans notre service de nettoyage et nous devons avoir une feuille de données sur ça aussi… nous ne pouvons pas simplement partir et acheter un nouveau produit, comme le Fantastic® ou autre et l'apporter, puis l'essayer immédiatement sans avoir les feuilles de données. Ou si l'inspectrice ou l'inspecteur se présentait, il y aurait possibilité qu'il nous impose une amende* (ASS, Ontario).

Comme conséquence de l'attention croissante accordée à la responsabilité civile, les maisons surveillent minutieusement leur usage de produits comme les produits chimiques — par exemple les agents nettoyants et les produits cosmétiques et de soin des cheveux; elles surveillent leurs exercices d'évacuation en cas d'incendie et les procédures de contrôle des maladies infectieuses; elles surveillent la capacité des pensionnaires de quitter les lieux. De plus, dans plusieurs régions rurales du sud de l'Ontario, une tâche du personnel infirmier de chaque quart de travail est de vérifier la qualité de l'alimentation en eau, en vue d'éviter l'éclosion d'une infection bactérienne

hydrique contagieuse, comme l'infection à *E. coli*. Habituellement, les travailleuses de première ligne ne sont pas formées pour interpréter la qualité de l'eau ou pour reconnaître les toxines ou les contaminants. Ainsi, la documentation des aspects des maisons de soins infirmiers qui ne sont pas du domaine des soins directs dispensés aux pensionnaires reflète, peut-être, la peur qu'une erreur survienne au moment où les stratégies d'économie de main-d'oeuvre poussent les dispensatrices de soins de première ligne à exécuter des tâches pour lesquelles elles peuvent ne pas être suffisamment formées.

Textes « invisibles » qui organisent le travail des dispensatrices de soins de première ligne

Plusieurs textes additionnels organisent le travail des dispensatrices de soins de première ligne sans qu'elles en soient au courant. Par exemple, la classificatrice du ministère, en Ontario, avait toutes les difficultés à expliquer que le plan de soins est un document officiel de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

> *L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a des normes sur la documentation que nous devons avoir, que nous devons respecter et qui demandent qu'il y ait des renseignements particuliers dans le plan de soins pour les soins d'un pensionnaire donné, que nous relevions les comportements et les interventions correspondantes. Si quelque chose se produisait, la norme voudrait que nous consignions l'incident le plus rapidement possible après qu'il s'est produit. L'Ordre a toutes les normes. La classification n'exige rien de plus que la norme, sauf en ce qui concerne le temps passé aux interventions et la fréquence des interventions pour répondre aux comportements. Autrement, tout ce que nous recueillons doit déjà l'être, nous sommes supposées le faire déjà en vertu de notre permis. Ça doit être là. Cela est exigé depuis des années et devrait être là, sauf le temps et la fréquence des interventions pour répondre aux comportements* (formatrice du ministère, Ontario).

Alors que les infirmières autorisées et les inf. aux. aut. reçoivent une formation sur la procédure normalisée, les ASS et les PSSP qui dispensent les soins de première ligne à titre de professionnelles non autorisées ne profitent pas de cette orientation.

Un autre texte qui régit le travail de première ligne est la convention collective. Celle-ci établit le nombre d'heures de travail par semaine qui est considéré comme étant du travail à temps plein plutôt qu'à temps partiel. Le fait qu'il y ait ou non des avantages sociaux pour les travailleuses à temps partiel peut déterminer le nombre de postes à temps plein dans une maison de soins infirmiers. La convention indique les droits de la direction et si un comité syndical a le droit de rencontrer la direction au sujet des points en litige. Elle établit aussi les droits d'ancienneté et les taux salariaux. Elle définit les horaires des quarts de travail et, souvent, si les quarts sont attribués selon l'ancienneté. La convention prévoit les horaires de vacances et des réunions sur la santé et sécurité. Elle peut aussi définir les droits des travailleuses en vertu d'autres lois qui ont trait à l'emploi, comme le *Code des droits de la personne*.

5. DISPENSATRICES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET CLASSIFICATION DANS LE CONTEXTE RURAL

Alors que nous écoutions les dispensatrices de soins de première ligne qui travaillaient dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales, nous les avons entendues décrire les incidences du lieu sur leur travail et leur famille, incidences qui sont associées à la classification des patientes et des patients. Le lien entre la ruralité et les systèmes de classification des patientes et des patients peut se résumer comme suit.

- Les pénuries de main-d'œuvre dans les régions rurales contribuent à une documentation inexacte quand le personnel infirmier doit faire des heures supplémentaires ou travailler quand il n'y a pas assez de personnel. Il n'y a pas de temps à consacrer à la documentation ni à réfléchir après le fait; la première priorité d'un être humain épuisé n'est pas de mettre à jour un formulaire, mais de retourner à la maison et de dormir.

- Les longues distances entre les centres ruraux augmentent ce problème, particulièrement l'hiver quand le temps a une incidence sur les taux d'absentéisme ou cause de graves problèmes de transport qui conduisent à l'absentéisme ou à des blessures.

- Le manque d'expertise médicale dans les collectivités rurales signifie que des personnes non qualifiées doivent assumer des responsabilités qui outrepassent leurs connaissances, ce à quoi s'ajoute le manque de services ou d'établissements spécialisés où il est possible de transférer les pensionnaires qui exigent des soins critiques. Cela contribue aussi à une documentation inexacte et à davantage de demandes non documentées (et, donc, non financées) qui s'exercent sur la main-d'oeuvre.

- Une main-d'oeuvre vieillissante, qui découle des tendances à la migration de sortie des jeunes des collectivités rurales, entraîne de plus faibles taux d'absentéisme, mais des taux plus élevés de blessures dues à des micro-traumatismes répétés. Il y a moins de spécialistes de la santé dans les régions rurales pour soigner le dos des travailleuses blessées. Cela entraîne des taux plus élevés de micro-traumatismes répétés qui peuvent influer sur la sécurité (et sur le nombre de rapports d'incidents ou de blessures). Cela pourrait affecter les évaluations des niveaux de soins si les travailleuses qui devaient ralentir ne pouvaient dispenser les soins. Cela pourrait aussi accroître le coût de la gestion des limitations fonctionnelles dans un établissement.

- Une main-d'oeuvre vieillissante dans les régions rurales exige des considérations particulières quand il s'agit de passer aux systèmes informatisés. Les programmes de formation doivent prévoir des accommodements pour les travailleuses plus âgées. À mesure que le système de classification des patientes et des patients entre en ligne, il devient extrêmement important de former les dispensatrices de soins de première ligne des régions rurales pour qu'elles entrent les données de manière cohérente, pour respecter la vie privée et, dans un contexte de ressources rares, pour être en mesure de régler les problèmes liés au matériel technologique et aux logiciels.

- Parce qu'elles ont grandi dans l'entourage de ces personnes, les dispensatrices de soins de première ligne des régions rurales tendent à mieux connaître leurs pensionnaires que leurs

homologues des régions urbaines. Cela peut avoir des implications pour les comparaisons entre régions urbaines et régions rurales associées à la cohérence dans les évaluations.

- Quand des pensionnaires des régions urbaines qui exigent une attention et des soins plus critiques sont placés temporairement dans des établissements des régions rurales en raison de « débordement dû à une crise », il se peut qu'on n'en tienne pas compte dans les évaluations. Des délais d'un an pour le financement n'offrent pas un soutien adéquat pour les soins si les niveaux d'acuité augmentent.

Bien que le travail à accomplir dans les maisons de soins infirmiers des régions urbaines et des régions rurales ait beaucoup de choses en commun, y compris le travail exigé par le système de classification, il y a des différences notables. Premièrement, les maisons de soins infirmiers des régions rurales fonctionnent dans un contexte qui prévoit un ensemble de conditions pour l'organisation et l'administration des soins de longue durée; or, ces conditions sont différentes de celles qu'on retrouve dans les régions urbaines. Cela comprend les effets de la distance et des ressources relativement inférieures qui caractérisent les collectivités rurales plus vastes. Deuxièmement, l'exécution de tâches particulières qui ont trait aux systèmes de classification eux-mêmes prend une inclinaison différente en raison de la nature des rapports sociaux dans les collectivités rurales et, donc, à l'intérieur des maisons de soins infirmiers. Cela comprend les incidences de l'absentéisme lié à la géographie, le manque de soutien à la santé pour les travailleuses, les défis que pose l'infrastructure technologique et une meilleure connaissance des pensionnaires des régions rurales. Troisièmement, la nature particulière du marché du travail des régions rurales a des conséquences particulières sur le personnel des maisons de soins infirmiers qui s'y trouvent Cela comprend la disponibilité de la main-d'oeuvre, des salaires inférieurs, une main-d'oeuvre vieillissante et des obstacles à la formation. Ces facteurs se recoupent nécessairement pour établir le contexte du travail dans le domaine des soins de longue durée dans les régions rurales.

Une documentation croissante prétend que les rôles des femmes des collectivités rurales canadiennes demeurent plus profondément ancrés dans les attentes traditionnelles et moins affectés par l'évolution des idées au sujet de l'égalité entre les sexes que ceux des femmes des centres urbains (Leach, 1999; Carbert, 1995). Les femmes n'en apportent pas moins des changements pour les femmes et les filles de leurs collectivités dans un certain nombre de domaines et le féminisme constitue une grande partie de ce phénomène et a des répercussions (Mackenzie, 1995). La documentation en question est plutôt une reconnaissance que, à certains égards, les idées traditionnelles au sujet des rôles des femmes et des hommes sont difficiles à déloger et que ces idées ancrées profondément influent sur la capacité des femmes à participer à leurs collectivités de différentes façons. Ces idées forment l'arrière-plan contre lequel les femmes exécutent le travail dans le domaine des soins institutionnalisés. Les emplois dans le domaine des soins, avec ceux dans l'enseignement et les services, ont toujours représenté des emplois acceptables pour les femmes, car ils tendent à être associés à leurs aptitudes « naturelles » à s'occuper des autres. Ainsi, il y a une correspondance dans les collectivités rurales au Canada entre l'expansion des maisons de soins infirmiers et les rôles traditionnels des femmes en matière de travail (Leach, 1999). Dans les régions rurales du Manitoba et de l'Ontario, les emplois dans le domaine des soins de longue durée sont souvent les meilleurs emplois possibles pour les femmes.

Dans notre cas, nous n'avons aucun problème et c'est parce que, bien, visiblement, nous payons davantage. Nous payons très bien notre personnel. Nos IA ont la parité avec les hôpitaux. Et, quand vous jetez un regard sur et autour de cette région géographique particulière... où une femme peut-elle trouver un emploi ailleurs et faire autant d'argent (administratrice, Ontario).

Et c'est là que la géographie entre en ligne de compte. Quand vous vous rendez à [nom de la municipalité] où il y a l'hôpital, des établissements et la coopérative qui paient plus que le salaire minimum, il y a des personnes qui sont là pour le chèque de paie. Alors, vous pouvez imaginer le genre de soins que ces personnes reçoivent. Je veux dire, ce n'est pas un travail qu'on devrait faire si on ne l'aime pas! Et je pense que dans vos régions rurales, vous trouverez un peu de cela. Et alors, on est pris en ce sens que, bien, on n'a pas, il n'y a pas ***assez*** *de personnes, il n'y a pas assez de personnes qui font cela et puis « oh! nous sommes venus visiter » et on est embrouillé et on change les quarts de travail pour couvrir les quarts pour que trois d'entre nous puissent partir [pour leur réunion syndicale]. Ouais... et ce n'est qu'une sorte de problème permanent. Et, comme _______ l'a dit, nous avons parlé de cela, nous avons des filles qui ont 23 ans et il n'y a aucune chance que nous les encouragions à se diriger vers les soins de santé (rire)* (ASS, Manitoba).

À Toronto, la main-d'oeuvre vient des Philippines et des Antilles, les pensionnaires sont de différents groupes ethniques et les gens n'appartiennent pas à la même collectivité. Aux rassemblements provinciaux, les minorités visibles viennent des grands centres. Dans les plus petits centres, vous ne voyez jamais de minorités visibles; vous ne les voyez pas non plus dans le milieu de travail. Il est juste de dire qu'il y a moins d'écarts dans les niveaux salariaux, mais il est plus difficile d'accepter 15 $ à Toronto qu'à Southampton. L'hébergement est plus cher à Toronto (représentante syndicale, Ontario).

Nous prétendons que l'expansion des établissements de soins de longue durée dans les collectivités rurales découle des idées existantes au sujet de l'égalité entre les sexes et du travail, tout en offrant aux femmes ce qui semble être des options de travail flexible. En général, la forme du marché du travail dans le contexte rural — du point de vue de l'égalité entre les sexes, de l'âge, de la citoyenneté et des niveaux de compétences — a des incidences sur la disponibilité de la main-d'oeuvre pour les soins de longue durée, comme nous en discutons plus en détail ci-dessous.

L'écart que peuvent creuser la géographie et les ressources

Dans les collectivités rurales de l'Ontario et du Manitoba, les conditions météorologiques et la distance peuvent avoir des répercussions sur les pénuries de main-d'oeuvre. Cela se traduit en obstacles quand il s'agit de documenter et de remplir des formulaires.

C'est un facteur. Le temps qu'il fait. L'hiver est très difficile, parfois, pour nous. Plusieurs personnes veulent rester en ville pour travailler, elles ne veulent pas vivre dans les régions rurales. Je me déplace durant 45 minutes pour me rendre

au travail. Plusieurs personnes qui travaillent dans les établissements sont des exploitantes agricoles... des épouses qui sont des infirmières et qui en se mariant ont constitué une famille agricole. Pour se rendre à Winnipeg, il faut se déplacer durant deux heures, pour se rendre au théâtre ou quelque chose du genre (IA, Manitoba).

Notre PDG se rend dans les collèges et les universités pour tenter de recruter. Elle est toujours partie... Toutes les dépenses de notre directrice des infirmières sont payées, les déplacements, les repas, tout ça.

Je comprends qu'elle fait la navette sur de longues distances.

Oui, de _____. Ça vaut la peine financièrement, pour elle, mais sur le plan des émotions... ça ne le vaut pas. C'est le problème, parce que sa famille est là. Je veux dire que si quelqu'un commence une jeune famille et veut élever des enfants ici, il n'y a rien. Ma plus vieille a 25 ans...Il en reste une à la maison qui n'attend que de partir d'ici (IAA, Ontario).

En termes très généraux, les maisons de soins infirmiers des régions rurales fonctionnent avec moins de ressources que celles des régions urbaines. Les services médicaux spécialisés et auxiliaires ne sont habituellement disponibles qu'à une certaine distance, le personnel infirmier devant donc prendre la responsabilité de choses qui, dans les villes, relèveraient des médecins. Bien que, sur le plan positif, cela puisse enrichir le travail du personnel infirmier, permettant aux infirmières de prendre des décisions importantes au sujet des personnes qui sont sous leurs soins, cela ajoute aussi au stress de leur emploi De plus, la responsabilité additionnelle n'est pas reconnue pour ce qui est de la paie. L'isolement relatif signifie que les services d'urgence peuvent prendre un temps considérable à arriver, le personnel infirmier devant apprendre à se débrouiller avec ce qui est disponible et à ne pas dépendre de l'aide spécialisée. On nous a dit que, dans une maison de soins infirmiers d'une région rurale du Manitoba, une ergothérapeute et une consultante en diététique étaient sur les lieux une fois toutes les deux semaines et que, dans un autre cas, la travailleuse sociale venait à peine de quitter le travail qu'elle accomplissait une journée par semaine et que le poste n'était pas comblé. En outre, quand les infirmières se blessent ou subissent les effets des micro-traumatismes répétés, il y a peu de soutien pour les aider à s'occuper de leur propre santé.

Les ambulances qui ne peuvent pas se rendre à la maison sont un autre problème relié aux conditions météorologiques qui nous a été rapporté. Nous avons entendu parler d'infirmières et d'autres membres du personnel qui ne se présentent pas à leurs quarts de travail quand les routes sont fermées. Cela signifie que les personnes qui sont déjà arrivées travaillent deux ou, même, trois quarts de travail successifs, une question que nous examinons davantage ci-dessous. Au cours de l'hiver, particulièrement, les pensionnaires peuvent être dans l'impossibilité de quitter la maison, même de se rendre au jardin.

Peut-être que l'ambulance ne sera pas là dans deux minutes, ou les pompiers, ou la police... peut-être les pompiers et la police parce qu'ils sont plus près de nous. Nous sommes plus isolées et dépendantes des conditions météorologiques. Nous sommes vraiment désavantagées dans les établissements ruraux, parce que nous

> *n'avons pas la disponibilité de services d'intervention rapides quand des conditions, commes celles d'un blizzard, se présentent. Nous n'avons simplement pas les mêmes installations que les gens de la ville. Si notre auto se retrouve dans le fossé, nous ne pouvons pas prendre l'autobus et autres choses du genre. Nous avons une longue allée à notre établissement. Il est arrivé que des ambulances restent prises dans notre allée ou en raison de tempêtes de verglas, ce genre de choses où il n'y a pas de disponibilité d'une intervention rapide ou d'un chasse-neige pour aider* (IAA, Ontario).

> *Ou être en mesure de marcher pour se rendre au travail. Si vous vivez dans une petite municipalité, vous pouvez marcher dans le blizzard, mais si les routes sont fermées dans les régions rurales, certaines personnes se retrouvent à faire deux ou trois quarts de travail de surtemps, parce que d'autres ne peuvent pas se rendre* (ASS, Ontario).

D'un autre côté, des infirmières ont indiqué que lorsque la température est plus élevée, les pensionnaires peuvent profiter des terrains plus spacieux des maisons en milieu rural.

> *L'air frais (rires). Nos pensionnaires vont assez souvent à l'extérieur et les travailleuses qui s'occupent des activités les font monter dans la Handi-van — nous avons un service de Handi-van. Elles leur font faire des visites de la campagne. Beaux paysages, regarder les terres agricoles. Les pensionnaires reviennent et parlent de l'endroit qui les a vu grandir ou du travail agricole ou des temps de l'année ou des saisons — des choses comme celles-là* (IA, Manitoba).

> *L'hiver... ce peut être un désavantage. Mais c'est [vivre dans une région rurale] un atout pour nous, les copines. Notre maison de soins infirmiers est située sur une grande propriété* (IAA, Ontario).

Les maisons en milieu rural assurent souvent un service de pourvoyeur aux résidentes et aux résidents qui veulent demeurer dans leurs collectivités. Cependant, en raison des tendances à la migration de sortie des jeunes, il est également commun pour ces personnes de ne pas avoir de parents à proximité. L'isolement physique des maisons des régions rurales conduit, dans certains cas, à l'isolement des pensionnaires, particulièrement si leurs familles respectives demeurent loin. Dans ces cas, les infirmières et d'autres ont rapporté que le degré d'intimité qu'on trouve dans les collectivités rurales aidait beaucoup, les gens qui visitent leurs parents prenant souvent le temps de visiter les autres pensionnaires, car ce sont des connaissances qui vivaient dans la même colletivité. Beaucoup de membres du personnel infirmier pensaient que les pensionnaires recevaient une forme plus personnalisée de soins dans les maisons, partiellement parce que celles-ci et ceux-ci peuvent déjà être connus du personnel. Le personnel était à l'aise avec le fait de sortir les pensionnaires à l'extérieur de la maison pour leur servir des piques-niques ou pour les emmener dans des restaurants locaux. C'était quelque chose qu'on ne s'attendait pas à trouver dans les maisons en milieu urbain.

Si nous juxtaposons Toronto aux régions rurales de l'Ontario, la première chose que nous remarquons, c'est qu'il n'existe pas de sentiment de venir d'une collectivité quand on vit dans le Grand Toronto. À Toronto, la main-d'œuvre peut être une première génération et le travail dans les maisons de soins infirmiers y est moins valorisé et est considéré comme un travail de niveau d'entrée qui prépare au marché du travail. Ce sentiment ne se retrouve pas dans les petites collectivités des régions rurales de l'Ontario. Le travail y est perçu comme une part du travail de la collectivité... qui s'occupe des autres membres de la collectivité... peut-être des personnes avec lesquelles on a grandi (représentante syndicale, Ontario).

Toutefois, comme dans le contexte urbain, ce ne sont pas toutes les collectivités rurales qui ont des rapports de ce type. Certaines dispensatrices de soins de première ligne ont dépeint un portrait très différent des rapports qui prévalent dans les régions rurales. Une IA du Manitoba a fait remarquer que la plupart des pensionnaires ont grandi dans la collectivité près des dispensatrices de soins. Cela offre une connaissance et une compréhension plus approfondies des pensionnaires et de leur vie qui deviennent particulièrement importantes quand les familles des pensionnaires vivent loin.

Non, les quelques bénévoles que nous avons sont très, très bonnes. Mais nous n'avons pas beaucoup de bénévoles. Et parmi nos pensionnaires, il y en a qui n'ont pas de famille, nous sommes leur famille. Et il y a des familles qui vivent loin — alors elles ne peuvent venir que quelques fois par année, comme aux anniversaires ou à la Noël (ASS, Ontario).

Dans une région rurale, il y a souvent plus de soutien familial (administratrice, Ontario).

On penserait que, dans une petite municipalité, il y aurait beaucoup de communications dans les familles. Bien, c'est le contraire. Oui, arrêter, laisser et partir. Plusieurs personnes ici ne voient pas leur famille. Elles viennent de la collectivité. C'est une municipalité riche. Alors, ce qui se produit, c'est qu'il y a des mariages, qu'on a des bébés alors qu'on est jeune — beaucoup d'argent. Et alors, la génération sandwich. Les enfants vont à l'école, ils placent maman et papa et partent. Non. Alors c'est écrasant pour nous. Je veux dire, nous sommes leur famille (IAA, Ontario).

La tendance des gens à déménager dans les collectivités rurales explicitement pour la retraite comporte son propre ensemble d'enjeux. Ce phénomène semble plus commun en Ontario qu'au Manitoba, fort vraisemblablement en raison des formes différentes que prend la ruralité dans les deux provinces. Dans le sud de l'Ontario, il est possible de déménager dans des collectivités rurales qui restent relativement proches d'un centre urbain. Les pensionnaires qui font ce choix sont automatiquement à une certaine distance des membres de leur famille et de leurs amies et amis.

La pression sur la capacité d'hébergement dans le milieu urbain a fait en sorte que les pensionnaires de ce milieu soient placés dans des maisons de régions rurales pour résorber la crise. Quand les maisons de soins infirmiers en milieu urbain sont pleines et incapables de prendre d'autres pensionnaires à un niveau de soins particulier, notamment les niveaux les plus élevés où les pensionnaires exigent une aide plus intensive, une maison en milieu rural qui a encore une capacité d'accueil peut subir des pressions pour prendre des pensionnaires. Dans ce cas, le déménagement dans un établissement rural est involontaire, ce qui apporte d'autres ensembles de problèmes. Un problème majeur est celui de l'augmentation des exigences immédiates à l'égard de cette maison, notamment des heures additionnelles de soins infirmiers (Armstrong et Armstrong, 1999). Les systèmes de classification des patientes et des patients, dont les évaluations entraînent des rajustements dans le financement une année entière plus tard, n'ont pas tenu compte de l'augmentation de l'acuité que le placement dû à la crise en milieu urbain peut avoir produite. Qui plus est, les effets sociaux de cette stratégie — le fait d'emmener une personne dans un environnement rural inconnu loin des réseaux de la famille et des amies et amis — sont importants en ce qui concerne le travail lié aux soins qui lui sont dispensés et peuvent contribuer à susciter des besoins de niveaux plus élevés.

Les maisons de soins infirmiers des régions rurales fonctionnent dans un contexte qui manque souvent de choses que les maisons des régions urbaines tiennent pour acquises. Cela a des conséquences directes sous forme d'un accès moindre aux services sociaux spécialisés et aux ressources médicales, mais aussi des conséquences indirectes sur le fonctionnement des systèmes de classification. La direction que prendront les systèmes de classification à l'avenir (EMD - IÉP) repose sur l'informatisation complète des maisons de soins infirmiers. Les défenseurs des systèmes de classification prévoient que des postes informatiques se trouveront dans les chambres des pensionnaires, de manière à ce que les renseignements sur les soins puissent être entrés sur des formulaires directement sur le Web et soumis automatiquement aux organismes régionaux et provinciaux. En ce moment, l'accès des maisons de soins infirmiers des régions rurales aux ordinateurs est limité à un ou peut-être deux PC qui ne sont pas en réseau. Ceux-ci se trouvent habituellement dans le bureau de la direction et n'ont souvent qu'un accès commuté à Internet.

Si tous les formulaires que vous devez remplir devaient être informatisés à compter de maintenant, seriez-vous préoccupée?

> *Oui. Cela exige du temps, autant que les travaux d'écriture. Plusieurs personnes n'ont pas d'ordinateurs sur lesquels travailler pour apprendre la façon de le faire adéquatement. Il faudrait un programme de formation.*

Et qu'en est-il des connexions? Vous, êtes vous abonnée à Internet?

> *Oui, c'est encore un service commuté et, dans la région environnante, c'est la haute vitesse. Ils sont sur le point d'installer un nouveau système pour nos ordinateurs pour qu'ils soient tous reliés à Internet. Nous n'avons qu'un ordinateur qui soit relié et pour moi, pour y travailler, je dois tout envoyer à mon ordinateur à la maison, puis le charger sur un autre ordinateur* (IA, Manitoba).

Dans le contexte des régions rurales, les exigences des systèmes de classification sont donc accompagnées de facteurs qui sont beaucoup moins importants dans les régions urbaines. Nous prétendons que les systèmes de classification sont conçus en fonction de la géographie et des rapports sociaux des milieux urbains. Quand un système de classification ne reconnaît pas les interactions sociales qui ne sont pas simplement reliées aux soins, mais comprennent des éléments de rapports communautaires de longue date, c'est qu'il ne tient pas vraiment compte des aspects sociaux de la vie dans les régions rurales. En outre, la distance géographique, relevée comme un problème majeur pour les femmes des régions rurales en général, exacerbe les situations où le personnel a atteint sa limite et fait en sorte que celles qui travaillent dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales sont, soit plus autonomes sur les plans des compétences spécialisées et des formes de soins, soit résignées à l'inaccessibilité.

Question liées au personnel dans le domaine des soins de longue durée dans les collectivités rurales : « Je vais passer du travail ici à la vie ici. »

Nos constatations au sujet des questions liées au personnel dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales correspondent de façon générale à celles d'une bonne part de la documentation sur les soins infirmiers et les soins de santé en milieu rural. Dans cette partie, nous indiquons les constatations que nous considérons plus critiques quant à la façon dont elles entrecoupent les effets du processus de classification et les conséquences du point de vue du financement sur les niveaux de personnel.

La main-d'oeuvre rurale vieillissante

L'un des problèmes les plus sérieux pour les institutions de soins de longue durée des collectivités rurales est que la main-d'oeuvre vieillit. On nous a dit que la plupart des maisons des régions rurales du Manitoba avaient un nombre important de travailleuses du domaine des soins qui avaient plus de 40 ans, plusieurs d'entre elles occupant le même emploi depuis plusieurs années.

> *J'ai travaillé dans la construction et je n'ai jamais été aussi fatiguée que je le suis depuis que je travaille dans une maison de soins infirmiers. Et j'ai pelleté du ciment toute la journée quand j'y étais et je faisais d'autres choses. Mais, travailler dans une maison de soins infirmiers est très stressant. Je ne sais pas, peut-être est-ce que je parle pour moi, mais je dois aller à la maison et faire une sieste et je n'ai jamais fait ça, pourtant j'ai déjà eu deux emplois! Je vieillis, simplement ... (rire!) J'ai simplement fini d'avoir cinq emplois ... J'ai un emploi, maintenant, et c'est comme, j'entre à la maison et je [fais une sieste] durant quelques heures. C'est le stress. Émotionnellement, physiquement et mentalement, c'est très stressant; très, très stressant. Particulièrement quand on a des enfants* (ASS, Manitoba).

> *Mon copain me dit que je vais passer du travail ici à la vie ici.*

Cela a-t-il des conséquences pour votre travail en ce qui concerne, peut-être, les blessures au dos ou autres choses du genre?

Oh! c'est certain... Nous avons deux infirmières à temps plein qui sont en congé actuellement et je pense qu'elles ne reviendront jamais.

Parce qu'elles se sont blessées?

Oui, toutes celles qui restent, nous allons en physiothérapie quand nous arrivons. Nous devons nous mettre en ligne comme du bétail, c'est malsain (IAA, Ontario).

Il y a encore des personnes qui lèvent des pensionnaires. Une de mes filles s'est blessée; elle continue de lever des personnes. Je ne lève plus personne manuellement... Attendez qu'elles aient été là durant 20 ans et qu'elles ne puissent pas marcher certains jours (ASS, Manitoba).

Associé de certaines manières au vieillissement général des collectivités rurales, le vieillissement de la main-d'oeuvre des soins de longue durée prend des dimensions particulières. Cela a été relevé comme étant un enjeu important par presque toutes les personnes à qui nous avons parlé. Les causes et les implications sont multiples. Nous suggérons que l'une des raisons du vieillissement de la main-d'oeuvre des soins de longue durée est que ce type de travail attirait les générations antérieures de femmes des régions rurales, pour lesquelles les options étaient limitées. Maintenant que les jeunes femmes intériorisent les leçons du féminisme et repoussent les frontières de leurs propres attentes et de celles de leurs familles, les choix sont plus nombreux. Ainsi, les femmes qui, à des périodes différentes, auraient choisi cette sorte de travail ne le voient plus comme un choix à mesure qu'elles sondent les possibilités de substitution, dont plusieurs sont moins étroitement liées aux différences entre les sexes. La nature générale du marché du travail, dans les contextes des régions rurales et urbaines, a des incidences sur la disponibilité de la main-d'oeuvre pour les soins de longue durée. Bien sûr, une partie de cette question a trait à l'inlassable migration de sortie des jeunes des régions rurales qui recherchent une instruction supérieure et un plus vaste éventail de choix. Une conséquence de ce phénomène est que les maisons de soins infirmiers des régions rurales ont beaucoup de difficulté à recruter des travailleuses de tous les niveaux d'instruction. Une classificatrice du ministère de l'Ontario décrit ainsi le problème.

Je connais des personnes qui ont travaillé dans des maisons durant 30 ans et qui sont encore là. Parfois, il est difficile de convaincre certaines personnes, peut-être, au sujet des endroits où il existe un besoin d'infirmières, mais il n'y a simplement personne autour dans les régions rurales. Et il est manifeste que dans le nord il y a un problème, un grand problème. Il n'y en a pas beaucoup qui veulent vivre là.

Une IA du Manitoba a indiqué qu'il était très difficile de trouver des infirmières professionnelles dans sa région, en partie parce que, comme de nouveaux emplois dans le domaine des soins de santé étaient en voie d'apparaître, les infirmières passaient à des emplois où elles pouvaient faire autre chose que de dispenser des soins directs.

Le travail dans le domaine des soins de longue durée contribue à la croissance du travail précaire qui est reconnu dans une bonne part de la documentation sur les femmes et le travail. Pour les

soins de longue durée, cela signifie la prolifération des postes à temps partiel et occasionnels, sans sécurité d'emploi ou sans prévisibilité d'une semaine à l'autre.

> *Bien que les infirmières autorisées soient en demande dans plusieurs collectivités rurales du Manitoba, les recrues doivent souvent travailler occasionnellement avant que des emplois à temps plein deviennent disponibles. Dans une région, les infirmières travaillaient dans plusieurs établissements qui, dans certains cas, se trouvaient entre 20 et 30 milles l'un de l'autre* (IA, Manitoba).

La conciliation de plusieurs postes à temps partiel ajoute de la pression sur les travailleuses qui doivent composer avec différents styles de gestion. Sans compter que le fait de conduire d'une maison à l'autre après un long quart de travail pour en commencer un autre peut être dangereux. Réunies, ces pratiques rendent le travail des femmes instable et ont des conséquences sérieuses sur leur capacité à être fonctionnelles dans les autres parties de leur vie. Ce qui est inquiétant, c'est que les femmes intériorisent les contradictions du système, rationalisant les limites de leurs options de travail sur le plan des choix personnels.

> *J'ai commencé à temps partiel et maintenant, en réalité, je suis à temps partiel par choix. Il y a eu quelques possibilités d'emplois à temps plein, mais l'un était à la buanderie et l'autre était un travail le soir... et si je travaillais tous les soirs, je ne verrais jamais mon mari, alors j'ai choisi de ne pas prendre celui-là* (ASS, Ontario).

Si nous envisageons le marché du travail des régions rurales comme en étant un où les femmes, en particulier, sont captives en raison des options de transport plus rares que celles des hommes, comme Leach (1999) l'a décrit, nous pouvons considérer comment les employeurs profitent de la sagesse que contient cette main-d'oeuvre vieillissante. Qui plus est, on pourrait prétendre que ces connaissances collectives ont permis que la restructuration soit plus facilement mise en oeuvre. Une travailleuse de première ligne a expliqué comment le travail a changé au fil des ans, mais a poursuivi en décrivant comment les femmes plus âgées peuvent composer avec l'accélération du travail, alors que les PSSP (qui tendent à être plus jeunes) semblent incapables de travailler dur et de parler aux pensionnaires en même temps.

> *Si je m'occupais de l'orientation de quelqu'un, je lui dirais, voici ce que je fais. Je suis certaine que tout le monde ne le fait pas de cette façon, car, comme je l'ai dit, le nouveau personnel arrive et trouve cela écrasant, alors que le personnel plus âgé le fait depuis si longtemps ... Je pense que le fait est que les pensionnaires, tant que vous ne les connaissez pas, c'est si facile d'entrer en conversation et d'arrêter de travailler. Plutôt que de travailler en parlant, elles arrêtent et parlent, ou les pensionnaires s'amusent à leurs dépens ou autre. Je trouve que certaines d'entre elles trouvent cela très difficile. Ce qui me prendrait, peut-être, 15 ou 20 minutes à faire, cela peut leur prendre une demi-heure ou 45 minutes* (ASS, Ontario).

La même travailleuse a observé que les travailleuses plus âgées tendent à prendre moins de temps de maladie que les travailleuses à temps partiel et plus jeunes. Il y a une tension manifeste

entre les soins que les travailleuses plus âgées croient nécessaires d'apporter aux pensionnaires (et pour lesquelles et lesquels elles ont de l'empathie en vieillissant) et les réalités du marché du travail des régions rurales où les travailleuses temporaires d'une agence ne peuvent pas être intégrées quand il y a un préavis de dernière minute. Le groupe captif des travailleuses vieillissantes des régions rurales offre le genre de main-d'oeuvre flexible que les régions urbaines recherchent dans une population différente, qui provient principalement de minorités visibles et de nouvelles immigrantes.

> *Je ne me sentais pas bien, mais je suis entrée, car je sais ce que c'est que d'être à court de personnel... pas que nous travaillions moins, mais si vous êtes avec vos pensionnaires et vous n'êtes pas là, bien, « où étiez-vous »?Les pensionnaires deviennent très dépendants de vous et le disent et vous détestez ne pas être là pour elles et eux. Si un membre du personnel, disons une personne plus jeune, ne fait pas exactement ce avec quoi les pensionnaires sont à l'aise, cette personne se le fait dire. Honnêtement, les pensionnaires préfèrent, la majorité préfère le personnel plus vieux* (ASS, Ontario).

> *Bien, nous avons des personnes qui sont venues de si loin, car quel que soit l'endroit où elles ont suivi leurs cours, elles n'étaient pas embauchées, elles ne pouvaient pas trouver un emploi là, ou on ne voulait pas d'elles* (ASS, Ontario).

Les systèmes de classification postulent tacitement un mélange de capacité physique dans la main-d'oeuvre infirmière. Dans la population infirmière plus ancienne, cependant, les travailleuses peuvent être moins en mesure d'effectuer des tâches exigeantes physiquement, en raison de micro-traumatismes et de blessures survenus au cours de toute une vie. Le recrutement des travailleuses du domaine des soins de longue durée dans les collectivités rurales provient principalement d'une réserve de main-d'oeuvre considérablement différente de sa contrepartie urbaine pour ce qui est des niveaux de compétences. Cela est partiellement dû à des changements sociaux plus généraux sur le plan du travail des femmes, mais, plus particulièrement, cela a trait aux façons dont la politique sur les soins de santé restructurés a changé les options de travail des femmes dans ce secteur. En général, les niveaux actuels de personnel et la dépendance croissante à l'égard de travailleuses à temps partiel et occasionnelles reflètent les conséquences d'une stratégie de financement qui repose sur les systèmes de classification pour déterminer les niveaux de personnel.

Stress lié au travail et acuité des besoins des pensionnaires

Un des principes de la restructuration des soins de santé a été l'encouragement à garder « dans la collectivité » les personnes dont les besoins de soins sont moins grands. Malgré son actualité, c'est un concept vague. Les féministes ont prétendu que cela veut habituellement dire que les personnes sont soignées par des femmes, soit dans leurs propres familles étendues, soit par des dispensatrices de soins à domicile itinérantes qui les visitent.

Au Manitoba, on nous a dit que l'ancien système de soins formels assurait un équilibre des niveaux de soins dans les maisons de soins infirmiers. Il limitait les demandes exercées sur le personnel relativement aux attentes quotidiennes et aux demandes au fil du temps. Maintenant, en ce qui a trait au besoin croissant de dispensatrices de soins de première ligne, à mesure que les

niveaux d'acuité augmentent, les besoins et les niveaux de soins des pensionnaires semblent moins importants si on considère que le financement n'augmente pas avec la demande. Des ASS du Manitoba ont indiqué qu'il n'y a plus beaucoup d'écarts entre les exigences en matière de soins et les niveaux de soins. Il y a eu consensus dans l'ensemble des groupes de discussion du Manitoba au sujet du fait que, dans le système actuel de comité et de réévaluations, les niveaux de soins des pensionnaires et les niveaux de personnel n'ont aucun rapport entre eux.

> *Je crois qu'il y a de plus en plus de personnes qui sont au niveau 3. Les gens restent maintenant à domicile plus longtemps, nous recevons plus de gens de niveau 3, mais le personnel n'a pas changé. C'est encore la même chose et ils ne le reconnaissent pas* (ASS, Manitoba).

Un facteur des évaluations du niveau au moyen du système de classification de soins qu'exige une personne est le diagnostic de démence. À mesure que les niveaux de soins dans les maisons de soins infirmiers augmentent en général, la proportion des pensionnaires ayant une déficience cognitive s'accroît et est un facteur qui explique fort bien les taux de fatigue émotionnelle parmi les dispensatrices de soins de première ligne. Le fait de s'occuper d'un plus grand nombre de pensionnaires qui souffrent de démence augmente la possibilité de stress chez les travailleuses (Morgan *et al.*, 2002, 2004) et il a été démontré que cela avait un rapport avec l'effet du stress sur la santé physique chez les infirmières auxiliaires autorisées. En outre, plusieurs travailleuses du domaine des soins ne croient pas avoir une formation adéquate ou les compétences pour composer avec la demande de soins des pensionnaires qui ont une démence et d'autres problèmes de santé sérieux et exigeants, et plusieurs ont l'impression que leur degré de formation ne les a pas préparées adéquatement à la réalité du travail dans une maison de soins infirmiers.

> *Je pense, pour ma part, que quand j'ai suivi ce cours [ASS], c'était, ça semblait si beau. On pouvait s'asseoir avec les pensionnaires, parler avec elles et eux... J'étais très fière d'être une aide en soins de santé et, quand je suis entrée dans une maison de soins infirmiers, j'ai eu l'impression d'être...une merde. Je ne suis pas, je n'étais plus fière d'être une aide en soins de santé. J'avais simplement le sentiment d'être une journalière, une travailleuse, à cet endroit, ouais. C'est stressant pour moi, parce que quand je vais dans l'immeuble...bien sûr, ces personnes, c'est leur dernière... elles vont dans une maison de soins infirmiers, elles ne veulent jamais être là, ouais, alors vous traitez avec des personnes qui sont très négatives... avec des pensionnaires qui sont en colère, constamment en colère, et vous composez constamment avec la mort. Et vous revenez à la maison en essayant d'être dynamique et c'est très, très, difficile, parce que, disons qu'une personne vient de mourir, et l'infirmière habituellement a ses travaux d'écriture, alors vous faites tout, vous prenez soin d'elle. Vous traitez avec les gens, vous traitez avec la famille, pas l'infirmière. Alors, j'ai trouvé récemment que c'est très, très difficile émotionnellement pour moi. Je reviens à la maison et je ne veux simplement pas parler à qui que ce soit, je ne veux voir personne parce que... Je pense à poser ma candidature chez Wal-Mart en tant qu'accompagnatrice, parce que je veux voir des visages souriants, parce que, quand vous marchez dans la maison de soins infirmiers, tout le monde est*

> *grincheux et personne ne veut être là et tout le monde vous dénigre et vous frappe, et cela peut être très difficile et je pense que c'est ce qui fait monter le stress. Ah! vous savez, quand vous arrivez le matin et que vous recevez un coup de poing au bras ou un coup de poing à la tête, vous souhaitez simplement tourner les talons et partir. Et je pense qu'une plus grande formation pour notre établissement aiderait, plus de formation sur la façon de composer avec cela.*

Plus de formation pour les aides mêmes?

> *Pour les aides mêmes. Je veux dire, j'ai une certaine formation, mais il y en a qui n'en ont pas et qui ne peuvent composer avec cela. Elles vont claquer la porte ou dire « Je ne vais pas dans cette chambre, je ne veux même pas les voir! » Et elles doivent leur prodiguer des soins* (ASS, Manitoba).

Des infirmières nous ont raconté que l'absence de services spécialisés ou de soins de courte durée dans les collectivités rurales dans le cas d'autres états de santé ferait que des pensionnaires seraient transférés ailleurs, quelquefois à des distances considérables de la famille et de la collectivité.

> *Les pensionnaires seraient probablement envoyés ailleurs, selon la gravité de leurs maux et leurs besoins. Parce que _____ n'a rien non plus. Alors, le médecin devrait faire une évaluation. Parfois, ce qui se produit aussi, c'est que le médecin ou l'IA sont au téléphone, si c'est une crise, pour voir où les envoyer, car parfois _____ est complet, alors vous appelez [une autre municipalité] ou [une autre municipalité] pour tenter de les faire sortir* (IAA, Ontario).

Mais, contrairement à la plupart des états de santé qui exigent des soins actifs, la démence est considérée comme une forme acceptable de besoin aigu au sein du système des maisons de soins infirmiers. À ce titre, ce qu'elle exige en fait de soins additionnels et spécialisés n'est pas reconnu adéquatement dans les évaluations et le processus de classification, comme le signalent les recommandations récentes d'un coroner dans un cas où on a signalé qu'un patient dément avait tué deux autres pensionnaires (dans *The Globe and Mail*, 19 avril 2005). La documentation considère que la charge de travail est de loin le meilleur moyen de prédire la pression au travail. La charge de travail est reliée au nombre général de cas et, particulièrement, à la proportion des pensionnaires souffrant de démence, car les soins dispensés à ces pensionnaires exigent un plus grand effort en personnel que ne le font les soins dispensés aux pensionnaires dont les fonctions cognitives sont moins atteintes.

La façon dont le comité fonctionne, associée à l'acuité croissante des besoins des pensionnaires qui entrent dans les maisons de soins infirmiers du Manitoba, fait qu'il y a des pensionnaires qui ont des besoins accrus sans augmentation correspondante du niveau de personnel ni financement additionnel pour répondre à leurs besoins.

Le processus de classification ne tient pas compte des exigences relatives aux pensionnaires qui souffrent de démence ni des conséquences d'un indice de cas qui est obtenu à partir d'une majorité de pensionnaires qui ont besoin de soins assidus, plutôt qu'un indice élargi de pensionnaires qui ont besoin de soins légers et assidus.

Niveaux généraux de charge de travail et de personnel et stress

En très grand nombre, nos répondantes avaient beaucoup à dire au sujet des questions de surmenage et de manque de personnel. Fréquemment, le surmenage n'était pas seulement une fonction de leurs trop grandes responsabilités; on leur demandait de s'acquitter de responsabilités qui incombaient à d'autres professionnelles et professionnels de la santé.

> *Si c'est [un autre jour de la semaine] quelque chose de complètement différent se produit. Je produis toutes les notes du médecin; nous travaillons ensemble. Je les entre à l'ordinateur. Les éléments physiques sont informatisés. Lui et moi travaillons ensemble toute la journée. Le reste de mon travail, qui relève de mon poste — durant quatre heures, une autre IA vient et, après son départ, je dois accomplir les deux tâches. Ma propre tâche et le travail avec D^r ___* (IA, Ontario).

> *Nous avons trois inf. aux. aut. qui travaillent durant le quart de jour et deux IA. Si quelque chose se passe dans la chambre d'urgence, nous devons travailler dans les hôpitaux. Nous sommes là, soignant les patientes et les patients, nous déménageons des meubles, n'importe quoi. Si on nous appelle à l'urgence, le jour ou la nuit, nous nous occupons des soins de courte durée. Alors, s'il y a 10 ou 12 personnes aux soins de courte durée, et, encore une fois, en raison du vieillissement de la population, nous avons les ANS qui attendent d'entrer aux soins de longue durée... alors, s'ils sont occupés... même si les cloches sonnent ici, nous aidons dans les hôpitaux — très souvent* (IAA, Ontario).

> *Nous avons vu trois ou quatre personnes qui faisaient du bénévolat; on les brûle et on espère qu'elles vont former d'autres personnes qui viendront. C'est une population vieillissante. Les personnes qui font du bénévolat ont besoin de visites amicales [du personnel], alors, nous aggravons les choses de cette façon. Je veux dire, je vais mourir ici, je sais cela. Je vais être ici pour toujours et cela me préoccupe, maintenant. J'aime mon travail et c'est tout à fait vrai. Je travaille avec des personnes qui n'aiment pas leur travail. C'est au point où ce sera trop* (IAA, Ontario).

> *Du jour au lendemain, ces personnes peuvent passer du niveau 1 au niveau 4. Et il n'y a pas assez de personnel. Vous savez, quand nous avons eu cette épidémie de grippe, je vous le dis, tout le monde était malade. Nous étions en quarantaine, vous savez, ouais. Alors, il y avait beaucoup plus de travail et pas assez de personnel. Il n'y a jamais assez de personnel là* (ASS, Manitoba).

> *Nous l'avons calculé et c'était trois minutes par pensionnaire pour 30 pensionnaires. Ça veut dire le « Hoyer » [lève-personne], laver, coiffer, tout. Trois minutes* ***par*** *pensionnaire, c'est la moyenne de temps. Ça ne comprend pas les bains que nous devons donner, les quatre bains. Vous êtes prête en trois minutes! Ah!* (ASS, Manitoba).

De nombreuses études indiquent que les rapports personnel-pensionnaire ont diminué au cours des ans et dressent souvent un portrait effrayant des niveaux de soins décroissants dispensés aux pensionnaires et du surmenage du personnel. Les travailleuses signalent que leur milieu de travail est bien différent de ce qu'il était il y a une génération, quand le personnel pouvait avoir des relations plus personnelles avec les pensionnaires, car il avait le temps d'écouter les problèmes et de soigner réellement l'entièreté des pensionnaires, pas seulement répondre à leurs besoins physiques de base. Les pénuries de personnel augmentent les degrés de responsabilité des infirmières, les aides devant exécuter les traitements d'onguents, consigner les signes vitaux et exécuter d'autres tâches traditionnellement attribuées à du personnel plus qualifié. Les pénuries de personnel forcent les aides en soins de santé à courir d'un lit à l'autre et à arrondir les coins, ce qui augmente le risque de blessures ou d'accidents pour elles-mêmes et pour les pensionnaires. Quart après quart, un tel rythme provoque des niveaux de stress élevés et le surmenage. Cela entraîne des confrontations avec tout le personnel stressé. Et cela conduit à des sentiments de culpabilité et de honte quand, malgré tous les efforts déployés, les aides ne peuvent pas accomplir le travail qu'elles savent pouvoir faire. Une infirmière nous a dit que le travail était « physiquement et mentalement impossible » et qu'elle avait conseillé à ses trois filles de ne pas se diriger vers les sciences infirmières.

> *Quand vous êtes stressée, vous vous blessez plus facilement que si vous... vous êtes tendue, vous vous blesserez beaucoup plus rapidement que si vous ne l'étiez pas.* (ASS, Manitoba).

> *Nous avons été menacées par Extendicare, parce qu'ils vont chercher pourquoi il y a tant de blessures. Nous devons faire quelque chose de façon erronée. Ouais. Mais, je veux dire, c'est la normale du parcours, il faut toujours une erreur humaine. Ça ne pourrait pas être, vous savez, parce que vous êtes stressée ou que vous souffrez de fatigue professionnelle ou que vous travaillez trop fort chaque jour en raison du manque de personnel depuis tellement d'années, vous savez.* (ASS, Manitoba).

Les augmentations de la charge de travail sont une cause directe du manque régulier de personnel et contribuent à la fatigue professionnelle des travailleuses et à des problèmes de personnel. Dans les régions rurales, il y a aussi une pénurie de bénévoles, car le réservoir de bénévoles est plus petit, les gens s'épuisent et, souvent, ne peuvent simplement pas être remplacés. Au Manitoba, il y a une pénurie critique d'ASS formées, ce qui complique les problèmes de dotation et l'établissement des priorités de travail. Les niveaux de dotation n'ont pas suivi les niveaux de soins croissants qu'exigent les pensionnaires. Les travailleuses disent se sentir bousculées et anxieuses au sujet de leur capacité à répondre aux exigences du travail. Une travailleuse a décrit ce qu'elle faisait *avant* le commencement formel de son quart de travail.

> *Oui, nous travaillons avant que notre quart commence. Ce n'est pas obligatoire. Je sais que le personnel autorisé est supposé devoir le faire, mais, à mon niveau, nous n'avons pas à le faire. Nous pouvions obtenir le rapport à 6 h ou à 7 h au commencement du quart de travail. Je préfère le faire avant. Et je dirais que 90 % de nous, 99 % probablement le font ainsi. Alors nous nous retrouvons avec les rapports des deux quarts de travail différents que nous écoutons, sur bande*

> *sonore enregistrée pour que ça ne prenne que quelques minutes. Puis, nous avons aussi dans notre établissement ce que nous appelons un livre de communication et tout le monde peut y écrire, et ce peut être des choses, comme pour la diète, où on écrit « les nuits, veuillez tourner le rôti à 3 h du matin ». ou, parfois, on va nous dire qu'un pensionnaire sera amené par un membre de la famille, ce même jour, à 11 h, pour que nous veillions à ce qu'il soit un peu mieux vêtu s'il avait une occasion de sortir. C'est exactement ce qu'on appelle un livre de communication. Alors, nous l'examinons. De plus, il y a un horaire à chaque jour. Nos pensionnaires ont la chance d'avoir deux bains par semaine, alors, chaque matin, nous jetons un coup d'œil pour nous rappeler quels seront les cinq pensionnaires qui prendront leur bain le matin pour éviter que nous commettions l'erreur de les habiller* (ASS, Ontario).

> *Avant que nous ayons une personne additionnelle, mais cette personne est allée ailleurs... et nos niveaux n'ont jamais changé. En réalité, ils ont coupé l'un de nos postes. Et ils en couperont probablement plus, qui sait, c'est ce qu'ils cherchent à faire...Et ils ont deux aides pour 30 pensionnaires là, d'un côté, une aide pour 22 de l'autre côté. Ouais — et nous travaillons habituellement à court de personnel. Nous ne sommes pas supposées dire cela : « Nous travaillons à court de personnel. »* (ASS, Manitoba).

Les aides-infirmières se sentaient particulièrement sous pression, en raison du nombre de pensionnaires dont elles étaient responsables. Leur capacité à répondre aux besoins dans le cas des activités utiles les faisait souffrir, y compris le besoin de communication personnelle et la participation des pensionnaires à leurs propres soins. Plusieurs travailleuses du domaine des soins ont signalé qu'elles avaient le sentiment d'accélérer la dépendance et la diminution fonctionnelle en faisant les choses pour les pensionnaires plutôt que de leur permettre de faire les choses par elles-mêmes. Elles ont mentionné qu'elles avaient le sentiment de bousculer les pensionnaires, ce qui les laissait souvent agités ou agressifs, et de diminuer leur dignité et leur qualité de vie.

Deux aides du Manitoba ont décrit de façon saisissante comment le surmenage avait réduit leur capacité à s'engager dans leur travail de manière à rendre leur propre humanité et celle des personnes sous leurs soins centrales à leur travail.

> *Quand quelqu'un meurt, il arrive plusieurs fois que vous n'ayez pas de temps, ou qu'on ne vous accorde pas de temps, avec cette personne si elle est seule. C'est difficile quand les pensionnaires meurent et qu'il n'y a personne là et que vous voulez leur tenir la main... que les pensionnaires cherchent votre main et que vous ne pouvez pas rester. C'est la partie difficile... et les voilà qui meurent seuls.*

> *J'ai dit à une infirmière : « Vas-t-en. » Je restais. Personne ne mourra seul quand je serai là ... mais, je veux dire, il est arrivé qu'ils poussent les gens dehors : « Au travail, nous avons d'autres personnes qu'il faut lever. »*

La charge de travail a aussi des répercussions sur la capacité des aides à se reporter aux renseignements très documentés sur les pensionnaires avec lesquels elles travaillent, ce qui peut réduire leur capacité à dispenser des soins utiles et adéquats.

> *Cela dépend réellement du quart où vous travaillez et du temps qui vous est accordé. Parfois, vous pouvez avoir un intervalle de 15 minutes où vous pourriez, si vous travailliez la nuit, avoir un peu plus de temps pour lire le plan de soins de chaque personne. Ou, si vous vous posez des questions ou êtes inquisitrice au sujet d'une pensionnaire, vous savez ou vous voyez des créatures, vous savez, je n'ai pas travaillé le soir depuis longtemps. Si je venais travailler le soir et si Tom affichait un comportement que je n'aurais jamais vu le jour, alors je pourrais demander d'examiner le plan de soins* (ASS, Ontario).

Les effets physiques et mentaux du stress lié au travail sont au pire quand les travailleuses subissent de fortes exigences ou pressions psychologiques dues au travail alors qu'elles n'ont que peu de contrôle ou de pouvoir de décision pour répondre à ces exigences. Dans la foulée de ce concept, le personnel infirmier ou les aides en soins de santé mentionnent des exigences ou du stress liés à l'emploi qui sont beaucoup plus élevés que les infirmières autorisées et les travailleuses qui s'occupent des activités. Ces personnes sont aussi les moins susceptibles de signaler qu'elles ont la liberté de décider comment faire leur travail ou de prendre des décisions de leur propre chef. Les questions entourant la conciliation famille-travail sont également exigeantes. Une étude de Joseph (1999) suggère que, sans égard aux stratégies utilisées pour les faire participer à du perfectionnement professionnel, les femmes ont encore le sentiment de faire face à d'importants obstacles reliés au temps, souvent associés à la famille, quand il s'agit de participer à des cours. De plus, les aides en soins de santé sont aux prises quotidiennement avec le dilemme de choisir quelles tâches laisser de côté dans un horaire qui ne tient pas compte de leurs imposantes charges de travail. Typiquement, il faut se concentrer sur les tâches vitales, comme tourner les pensionnaires, les lever du lit et les y recoucher, les nourrir, leur offrir des boissons et s'occuper de leur élimination et de leur propreté; mais, d'autres tâches moins vitales ne sont pas effectuées régulièrement. Cela comprend : faire et changer les lits, les soins de la bouche, nettoyer le matériel comme les bassins hygiéniques ou les fauteuils roulants, entreposer les fournitures, ranger les biens personnels des pensionnaires et exécuter les importants programmes de marche et d'exercices. Alors, non seulement ont-elles peu de pouvoir de décision, mais les décisions qu'elles doivent prendre les placent trop souvent dans des situations où elles sont toujours perdantes, ce qui ne fait qu'ajouter à la pression de l'emploi. Les travailleuses, particulièrement les aides en soins de santé, font état régulièrement d'un sentiment de culpabilité, car elles ont l'impression qu'elles ne peuvent pas faire ce qu'elles devraient faire pour les pensionnaires en matière de soins. Le fait de discuter des problèmes dans les comités de santé et sécurité en milieu de travail des maisons de soins infirmiers semble avoir peu d'effet, ce qui reflète peut-être une incapacité ou, ce qui est pire, une indifférence de la direction dans plusieurs établissements. À la fin, comme le SCFP (2001) l'a conclu, il semble qu'il y ait eu peu de changement.

Quand les travailleuses à temps partiel et occasionnelles qui ont plusieurs emplois courent pour exécuter leurs quarts de travail dans des maisons différentes qui sont situées à des distances considérables l'une de l'autre, tous ces stress sont exacerbés.

Alors que les maisons de soins infirmiers des régions urbaines utilisent vraisemblablement les agences d'emploi privées pour pallier leurs pénuries immédiates de personnel, cette pratique est beaucoup moins vraisemblable dans les régions rurales, particulièrement quand une maison se trouve dans un lieu éloigné. Là où les agences sont disponibles et où les conventions collectives ne l'interdisent pas, il arrive souvent que plus de 50 % des travailleuses, les fins de semaine, soient des personnes qui proviennent d'agences. Les niveaux des travailleuses des agences sont normalement élevés durant les quarts de nuit. Le personnel des agences peut ne pas connaître les pensionnaires et leurs préférences, ce qui peut accroître l'anxiété et la frustration. Ce personnel peut ne pas avoir une formation suffisante, ne pas savoir comment utiliser le matériel ou donner adéquatement le bain aux pensionnaires, ce qui force le personnel permanent à prendre du temps autrement accordé à ses tâches pour former et superviser la nouvelle employée ou pour accomplir soi-même le travail. Le personnel des agences ne connaît pas non plus les exercices d'évacuation en cas d'incendie et les plans d'évacuation, ce qui augmente le risque pour les pensionnaires, alors que certaines infirmières signalent que leur manque de formation augmente le risque de blessures chez le personnel permanent qui les aide. Dans les régions plus éloignées où il n'y a pas d'accès aux agences, ces facteurs ne sont simplement pas pertinents.

> *Le personnel des agences, ouais. Dans de petites régions comme ici, nous n'avons pas ça. Nous n'avons aucune agence par ici qui fournisse des infirmières dans les petites régions. Ce n'est simplement pas faisable, vraiment. Alors, le personnel qui est appelé travaille quelque part dans cet établissement, peut-être dans un autre service, sur un autre étage. Alors qu'en ville, si absolument personne ne peut venir, on peut demander les services d'une agence de personnel et alors, neuf fois sur dix, une pure inconnue vient dispenser des soins aux pensionnaires. C'est une différence qui peut...* (classificatrice du ministère : source principale en Ontario).

Cependant, les spécialistes de la classification prétendent que le recours à du personnel d'agence n'affecte pas le processus de documentation qui alimente la classification.

> *La classification n'a pas d'incidences sur cela. L'attente est que, s'il s'agit du personnel du service des dossiers, celui-ci connaît les normes et doit tenir la documentation à jour. Même si quelque chose se produit, le personnel doit le consigner comme il le ferait en ville, de la même façon qu'une infirmière régulière qui a toujours travaillé ici. Et ce serait la même chose, dans les petites municipalités, nous devons toujours continuer à consigner de la même façon. Alors, vraiment, il n'y a pas une grande différence* (classificatrice du ministère : source principale en Ontario).

Les niveaux de personnel sont la caractéristique liée à la classification la plus évidente des maisons de soins infirmiers des régions rurales. Ce qui ressort de notre recherche est que les niveaux de personnel sont chroniquement trop bas pour répondre aux besoins des pensionnaires qui, comme nous l'avons déjà établi, affichent des niveaux plus élevés de démence et de morbidité aiguë que les pensionnaires des maisons de soins infirmiers des régions urbaines. Le surmenage est le résultat direct des niveaux de personnel inadéquats et des mesures irréalistes du temps exigé pour des tâches particulières. Le surmenage est un élément critique d'un cercle

vicieux où les travailleuses courent pour accomplir leurs tâches, se blessent, demandent des congés et ne sont pas remplacées.

Formation, niveaux de compétence et communication dans le domaine des soins de longue durée dans les régions rurales

La géographie pose des problèmes particuliers pour la formation des dispensatrices de soins de longue durée. C'est important, car l'absence de formation limite les compétences disponibles dans les maisons des régions rurales. Elle réduit aussi la norme en matière de soins ainsi que la capacité des infirmières à s'occuper des pensionnaires qui ont besoin de soins actifs. Les travailleuses des maisons de soins infirmiers du Manitoba (SCFP, 2001) ont insisté sur le besoin de formation permanente accrue, particulièrement pour leurs membres qui travaillent dans des régions rurales où l'isolement fait qu'il est difficile de se tenir à jour en matière de progrès relatifs aux façons d'aborder la prestation des soins. De plus, les infirmières des régions rurales ont un accès limité aux experts qui pourraient offrir une formation en milieu de travail et le coût est un obstacle significatif quand il s'agit d'envoyer du personnel à des programmes dans de grands centres urbains, comme Brandon ou Winnipeg. Ils ont demandé d'élaborer et de mettre en oeuvre des cours et de la formation normalisés pour l'ensemble de la province à l'intention des aides en soins de santé — avec l'apport des aides — qui reflètent les tâches et les responsabilités dont elles s'acquittent dans les maisons de soins de longue durée. En 2001, il n'y avait pas de formation normalisée pour les ASS, la catégorie principale de travailleuses qui se retrouvent vraiment aux premières lignes du travail dans les foyers de soins personnels du Manitoba.

Comme cela s'est produit en Ontario, de nombreux programmes de certificat sont maintenant offerts au Manitoba, mais ils varient considérablement. La plupart, comme les programmes au Red River College, au Herzing College et au Winnipeg Technical College (Winnipeg Technical College, 2005), sont dispensés à Winnipeg. Cela peut être un obstacle sérieux pour certaines personnes qui souhaitent prendre cette formation. L'Assiniboine Community College solutionne en partie ce problème, puisque son programme Comprehensive Health Care Aide Certificate est offert à ses pavillons de Brandon et de Dauphin et, annuellement, à des endroits différents dans les régions rurales du Manitoba (Assiniboine Community College, 2005). Les programmes Défi, dans le cadre desquels les travailleuses peuvent être évaluées en fonction de leur expérience de travail plutôt que de leur participation à des programmes de formation formels, ont aussi été établis pour rendre la formation et l'accréditation accessibles à celles qui travaillent à titre d'aides en soins de santé dans la province sans détenir cette accréditation (Assiniboine Community College, 2005). Cependant, sans réglementation gouvernementale, l'agrément professionnel et l'élaboration de normes professionnelles qui ont été accordés aux IA et aux inf. aux. aut., la seule chose qui est fiable au sujet des certificats des programmes de formation pour les ASS et les PSSP est le papier sur lequel ils sont imprimés.

Cette formation est de plus en plus importante à mesure que les changements technologiques et les besoins croissants en matière de soins à dispenser aux pensionnaires signifient que de plus en plus d'ASS manipulent du matériel techniquement avancé et d'avant-garde. Les aides en soins de santé doivent désormais faire plus de surveillance, de consignation et d'évaluation et recourir à leurs capacités générales de jugement quand elles dispensent des soins pratiques aux pensionnaires. La formation normalisée peut aider à assurer la cohérence dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée et aider à régler la pénurie critique d'aides en soins de santé

qui ont une formation adéquate. Dans la documentation relativement rare qui traite des besoins des infirmières qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée dans les régions rurales, une constatation importante est que le fait de payer pour rehausser le niveau d'éducation était la seule mesure incitative qui contribue de façon significative à augmenter la satisfaction à l'égard de l'emploi (Stratton *et al.*, 1995).

La formation spécialisée en matière de soins liés à la démence exige aussi une démarche plus systématique et accessible, étant donné la proportion croissante de pensionnaires qui en souffrent. C'est une question particulière pour le personnel qui passe aux maisons de soins de longue durée après avoir travaillé dans des établissements de soins de courte durée (après les fermetures d'hôpitaux dans les régions rurales, par exemple) ou avoir rencontré les plus bas niveaux d'acuité dans les soins à domicile.

Le Manitoba Nurses Union (2000) a prétendu que la main-d'oeuvre du domaine des soins de santé dans les maisons de soins infirmiers est en voie de se déqualifier. Les tâches qui ont déjà été exécutées par des infirmières de niveau supérieur sont transférées à du personnel dont les niveaux de compétences sont plus bas et qui peut être moins payé. Cela a provoqué le licenciement des infirmières auxiliaires autorisées et le transfert de leurs tâches aux ASS. Une analyse du Manitoba Nurses Union, effectuée en 1996 au sujet des rapports sur la dotation et la charge de travail (remplis quand une infirmière responsable d'un étage croit qu'une charge de travail-situation liée au personnel causera vraisemblablement des effets nuisibles au bien-être des pensionnaires), a indiqué que le nombre de licenciements a augmenté dans l'ensemble de la province dans une proportion de 34 % au cours des années 1990. Sky (1995) a prétendu que la restructuration des soins de santé comporte un mouvement vers une travailleuse générique qui est moins qualifiée et moins payée. Une autre pratique est l'embauche d'infirmières compétentes à des postes qui exigent moins de compétences. En vertu des exigences de l'autorisation d'exercer qui leur a été accordée, si une situation survient alors qu'elles sont au travail, elles doivent réagir selon ce que stipule les exigences reliées à cette autorisation et non pas selon la catégorie d'emploi dans laquelle elles ont été embauchées. Ainsi, les maisons peuvent embaucher des travailleuses qualifiées à faible salaire, sachant que, quand ce sera nécessaire, elles auront à réagir en recourant à leurs compétences supérieures. Le corollaire est la déréglementation des professions de manière à ce que des tâches liées à des compétences (comme administrer des médicaments) puissent désormais être plus facilement déléguées à des travailleuses moins qualifiées.

En même temps qu'une formation normalisée des ASS, les travailleuses syndiquées ont recommandé plus de lignes directrices et de surveillance pour veiller à ce que toutes les maisons conservent des niveaux cohérents de personnel de qualité. Ces lignes directrices et ces titres de compétence normalisés aideraient les maisons à mieux choisir les travailleuses qualifiées. Un système de réglementation et d'application vérifierait la pratique dont on a fait état et qui consiste à choisir du personnel temporaire non qualifié sur une base ponctuelle plutôt que d'embaucher le personnel adéquat pour répondre à des besoins permanents

Les travailleuses des foyers de soins personnels disent à leurs syndicats et, par leur intermédiaire, aux ministères qu'elles sont très inquiètes de la déqualification, de l'intensification et de la précarisation de la main-d'oeuvre dans leurs milieux de travail. Le manque de communication constructive entre la direction et le personnel est une plainte qu'on retrouve communément

dans les rapports (SCFP, 2001). Que ce soit les infirmières, les inf. aux. aut. ou les ASS, le personnel se sent ignoré, car il a peu ou pas d'apport dans l'évaluation des niveaux de soins ou de personnel et ne se sent donc pas membre d'une équipe. Les aides en soins de santé, particulièrement celles qui ont maintenant une formation professionnelle obtenue dans les collèges communautaires, veulent être reconnues comme des professionnelles de la santé et être traitées comme telles.

Les aides en soins de santé qui ont participé aux groupes de discussion au Manitoba ont dit qu'elles ne se sentaient pas écoutées ou valorisées par les infirmières. Certaines ont parlé des infirmières qui n'appréciaient pas leur rôle ou leur travail, y compris les observations que les ASS font ou l'importance des contributions qu'elles apportent. Au contraire, des ASS ont constaté que les infirmières prennent le crédit de leurs idées ou techniques, mais ne les écoutent pas quand elles font état de renseignements importants et cruciaux pour les soins dispensés aux pensionnaires. Les aides en soins de santé ont indiqué que des infirmières leur ont dit qu'elles ne sont pas des infirmières et n'ont pas de formation en sciences infirmières, alors, à titre d'ASS, elles ne savent pas de quoi elles parlent quand elles rapportent les plaintes des pensionnaires.

> *Vous savez quoi? Tout ça dépend de l'attitude de vos infirmières et des gestionnaires de votre service. Parce qu'à l'autre étage, ça dépend des gestionnaires du service, elle ne nous fait jamais participer à rien, à presque rien. Ça dépend des gestionnaires et des infirmières du service si elles pensent que vous devriez savoir quelque chose ou non, vous savez... l'attitude. Certaines d'entre elles pensent que vous n'êtes pas une infirmière, ça ne nous concerne pas, mais c'est nous qui nous en occupons* (ASS, Manitoba).

> *Dans mon établissement, j'aimerais voir du travail en équipe. Je ne sais pas si les infirmières font partie du rapport personnel-pensionnaire, mais elles ont leur travail à faire et ne peuvent pas nous aider, et quand elles le font, elles font des erreurs médicales, alors c'est un problème. Les erreurs médicales sont un problème et elles disent que c'est parce qu'elles doivent aider les aides. Plusieurs d'entre elles ne nous aident pas et, je pense, notre moral et tout ça tombent quand on les voit assises et parler au téléphone alors qu'on est en sueur et que les cloches sonnent et elles parlent... Ça semble faire sourire la direction qui pense que c'est amusant, car elle n'a pas à s'en occuper. Et c'est très dur, car nous dépendons de nos infirmières et nos infirmières dépendent de nous. Et quand ça vient au point où ne veut même plus se parler... ça peut être très mauvais, et qui souffre? les pensionnaires. Et c'est la partie difficile, parce que nous voulons, nous voulons que toutes et tous fassent partie d'une équipe et ça ne se produit pas* (ASS, Manitoba).

> *Pendant un moment, à notre établissement, elles voulaient nous empêcher d'accéder à certains renseignements personnels, mais nous avons lutté contre ça, car si quelqu'un arrive et a, bien, disons, une maladie transmissible par le sang, une greffe de rein, nous devons le savoir. Nous avions le sentiment que nous devions le savoir. Et il y a eu une controverse et, donc, pour un certain temps, elles ne disaient rien, elles disaient seulement « gants » [porter des gants pour*

s'occuper de cette pensionnaire] mais maintenant, elles ont changé et elles partagent les renseignements. Elles ne veulent pas vraiment que nous consultions le tableau. Elles nous donnent une partie des évaluations et un peu de l'historique pour que nous puissions lire sur le sujet, et alors... il y a une bonne communication même si nous ne lisons pas tout le tableau (ASS, Manitoba).

Même les matins, si nos pensionnaires ne sont pas sortis à 8 h 30, nos infirmières nous engueulent. Elles pensent que, vous savez, c'est comme travailler dans la cour à bois; le bois, c'est du pareil au même, continuez à le lancer! Mais, chaque jour, c'est différent, nous savons toutes cela, parce que nous travaillons avec les gens, mais on nous crie vraiment après et « qu'est-ce qui se passe avec toi » et « je ne comprends pas », parce que, vous savez, à 8 h 30, la cuisine doit avoir préparé le repas, les pensionnaires doivent être sortis, parce que nous bloquons la cuisine, parce qu'elles veulent préparer le prochain repas. Il n'y a pas d'effort d'équipe actuellement dans cet établissement (ASS, Manitoba).

Une autre question liée de façon critique à la formation a trait aux compétences en informatique. Nos constatations confirment ce qu'une grande part de la documentation sur les collectivités rurales nous dit : l'infrastructure des collectivités rurales a besoin d'attention, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux technologies en ligne, à la formation et au soutien. Nous en avons entendu parler par les sources principales ainsi que par les dispensatrices de soins de première ligne elles-mêmes. De plus, nos répondantes ont reconnu les obstacles qui se dressent quand une main-d'œuvre vieillissante veut apprendre l'utilisation des ordinateurs et l'importance des programmes de formation qui répondraient adéquatement à leurs besoins. Enfin, des préoccupations sérieuses ont été exprimées au sujet du respect de la façon dont la confidentialité sera maintenue lors du passage à l'informatisation de la documentation, particulièrement à la lumière de la nouvelle législation. Cette question prend une teinte particulière dans les collectivités rurales où les gens sont plus susceptibles de se connaître les uns les autres dans un autre contexte à l'extérieur de leur domicile.

Je pense que [l'utilisation d'un ordinateur] sera probablement un défi pour la travailleuse plus âgée, mais je pense aussi... Je suis allée dans des maisons où il y avait, peut-être, trois ordinateurs. Un dans le bureau de l'administration, un dans le bureau de la directrice des infirmières et un au bureau central.

Est-ce qu'on fait le postulat, alors, qu'avec le système EMD, tout le monde pourra, au poste des infirmières ou ailleurs, entrer des renseignements directement dans l'ordinateur?

Ouais (consultante en ressources psycho-gériatriques, source principale de l'Ontario).

Pensez-vous que les gens, dans cet établissement, en règle générale, les IAA, seraient à l'aise d'entrer tous leurs renseignements dans l'ordinateur?

Nous sommes un groupe vieillissant. C'est une question de temps. Vous savez, où trouvons-nous le temps? Certaines le seraient, certaines ne le seraient pas. Certaines sont très à l'aise, elles ont leurs propres ordinateurs à la maison, mais ce n'est pas le cas pour les autres.

Y a-t-il un service informatique local qui pourrait être en mesure de vous soutenir?

> *Non, il n'y en a plus. Il y en avait au collège [communautaire], mais il n'y en a plus… Ils ont dû aller à Boston pour l'EMD. Ils ont dû aller à Boston pour apprendre, puis revenir et l'enseigner ici aux IA* (IAA, Ontario).
>
> *Les postes sont informatisés; cependant, tout le personnel n'est pas versé en informatique. Je n'ai pas de formation en informatique moi-même, je suis retournée à l'école secondaire et j'ai suivi un cours au coût de 20 $. Mais j'ai plusieurs membres du personnel qui ne prendront pas cette initiative. C'est la méthode de communication pour le personnel des IA, mais elles ne peuvent pas s'inscrire au programme. Les autres IA devraient savoir comment les mettre à jour, comment utiliser les plans de soins, mais ça ne semble pas être la réalité. Pas de formation à l'interne, alors, personne ne m'a formée. Il faut faire les plans de soins. Je ne sais pas pourquoi le personnel n'apprend pas l'informatique. Pas de programmes de formation de l'employeur* (IA, Ontario).

Dans un rapport (SCFP, 2001) basé sur les conclusions d'une conférence tenue avec Santé Manitoba en mars 2000, les travailleuses des foyers de soins personnels ont exprimé le désir d'avoir un plus grand mot à dire dans la détermination des niveaux de soins. Bien qu'elles accomplissent quelque 90 % des soins pratiques dans les maisons de soins de longue durée, les membres de ce syndicat ont le sentiment qu'elles n'ont pas un rôle clairement défini en tant qu'éléments valorisés de l'équipe des soins de santé qui doivent participer au processus de prise de décisions dans leurs maisons respectives. Ces membres ont aussi exprimé clairement qu'il était nécessaire de réviser les niveaux de soins plus souvent. Au Manitoba, on pense que les évaluations annuelles ne sont pas suffisantes, car une pensionnaire peut arriver, par exemple, au niveau 3, subir une attaque qui, du jour au lendemain, change ses besoins en matière de soins qui deviennent de niveau 4, mais le financement pour les soins de cette personne, qui est lié aux évaluations, arrivera plus tard. Le fait d'établir des niveaux de soins adéquats devrait bien régler les pénuries de personnel. Les dispensatrices de soins de longue durée avaient l'impression que le personnel formé devrait participer à l'établissement des niveaux de soins et que l'examen des niveaux de soins devrait être lié plus clairement aux niveaux de personnel. Des communications améliorées entre les employées qui ont différentes responsabilités devraient aider à régler ces questions.

Les systèmes de classification se fondent sur des postulats de niveaux de compétence de base parmi les travailleuses du domaine des soins, tant dans l'utilisation de la technologie et dans les méthodes de soins les plus à jour que, de plus en plus, dans l'utilisation des technologies de l'information. Dans le contexte des régions rurales, ces deux formes de compétences peuvent manquer en raison de problèmes d'accès à la formation, d'infrastructure et, compte tenu que la main-d'oeuvre ne cesse de vieillir, de manque possible de désir d'apprendre de nouvelles compétences pour un emploi peu rémunéré.

Différences entre maisons publiques et privées

Les travailleuses ont signalé à leurs syndicats des différences importantes dans le rapport qualité de soins et personnel entre les maisons publiques et privées. Le *Report on Long-Term Care* du Manitoba Nurses Union (2000) indique plusieurs lacunes dans la qualité des soins, l'incapacité à remplacer le personnel et de nombreux cas où plus d'une personne n'est pas remplacée à son quart de travail. Dans tous les cas, on rapporte que les maisons privées se retrouvent loin derrière les maisons publiques.

La normalisation des taux salariaux et des avantages sociaux entre les maisons de soins de longue durée des secteurs public et privé est une question importante pour les travailleuses des foyers de soins personnels. La pénurie de personnel formé et qualifié est particulièrement aiguë dans les maisons de soins de longue durée privées. Des taux salariaux comparables feraient qu'il serait plus facile d'obtenir et de conserver le personnel des maisons de soins de longue durée.

Les rapports des syndicats représentatifs affirment qu'il y a une inquiétude parmi les travailleuses des foyers de soins personnels au sujet du fait que, trop souvent, les exploitantes et les exploitants de maisons de soins de longue durée privées encaissent des profits excessifs au détriment des niveaux de dotation adéquats. Plusieurs aimeraient que les livres des maisons à but lucratif soient ouverts à un examen public, puisque après tout, elles reçoivent de l'argent des fonds publics. Il y avait aussi le sentiment que l'administration était trop lourde dans plusieurs maisons, publiques et privées.

> *Il y a une différence entre les maisons municipales et les maisons privées. Dans les maisons municipales, le salaire est plus élevé alors que dans le secteur privé, plusieurs paient moins* (ASS, Ontario).

> *Je pense que notre direction, et ce que nous ressentons, c'est que la direction ne se préoccupe pas des pensionnaires. Ils ne sortent pas, ils ne les touchent pas, ils ne leur disent pas bonjour. Ils ne font que passer; les pensionnaires peuvent crier –« infirmière! infirmière! », vous souhaiteriez voir votre directeur exécutif et votre directrice des infirmières se retourner et leur parler. Ça ne se passe pas comme ça. Vous savez, et c'est difficile de, vous savez, les voir tout le temps, chaque jour, marcher et ignorer ces pensionnaires. C'est comme si la direction n'était pas là pour ces personnes, mais pour ça (frottement de doigts pour symboliser l'argent)* (ASS, Manitoba, qui travaille dans une maison de soins infirmiers privée).

Le compte rendu qui suit est une discussion entre deux ASS au sujet des changements apportés dans un foyer de soins personnels privé, changements qu'elles jugeaient axés purement sur le symbole et l'apparence et qui mettaient la sécurité des pensionnaires en danger.

> *Je ne sais pas si c'est vrai au sujet de _____ mais ils ont dit que tous les niveaux… qu'ils ont changé les niveaux parce qu'ils voulaient, ils ne voulaient pas des personnes qui bavent au rez-de-chaussée, alors ils ont monté toutes ces personnes à l'étage pour qu'on ne puisse pas les voir* (ASS, Manitoba).

> *Ouais, Oh! ouais. Les niveaux 3 et 4 étaient au rez-de-chaussée en cas d'incendie et pour leur sécurité, pour que nous puissions les évacuer. Maintenant, toutes ces personnes sont à l'étage, il n'y a qu'un escalier et un ascenseur qui est hors service, bien sûr, quand il y a un incendie, ce qui est arrivé l'autre jour et nous avons dû sortir tout le monde du lit, sans les lève-personne, en passant... Mais, si le feu s'était répandu, nous aurions tous été mal pris... Et ils les ont tous déplacés pour que ce soit beau; à l'étage, pour que personne ne les voit... C'est pour le propriétaire, par pour les pensionnaires* (ASS, Manitoba, qui travaille dans une maison de soins infirmiers privée).

Le roulement du personnel est un autre problème. Les faibles salaires payés dans les maisons du secteur privé font qu'elles perdent leur personnel au profit des maisons publiques qui, à leur tour, perdent leur personnel au profit du secteur des soins de courte durée qui paie encore davantage. Ce roulement permanent se poursuivra aussi longtemps que les écarts salariaux resteront aussi grands. Les agences servent à combler ces écarts, mais elles aussi ont un roulement constant de leur personnel, principalement en raison des faibles salaires et avantages sociaux qu'elles offrent. Les membres du personnel se plaignent du fait qu'elles avaient l'habitude de travailler en équipes bien coordonnées, mais que ce n'est plus le cas.

Comme l'encaissement des profits devient un aspect toujours plus commun de la prestation des soins de longue durée au Canada, les gestionnaires subissent un pression pour réduire les coûts. Au moment même où les systèmes de classification façonnent et limitent le financement disponible, des sommes additionnelles sont redirigées vers des changements de nature « cosmétique » qui rendent les établissements plus attrayant et invitants pour les pensionnaires éventuels. Les fonds limités contribuent au roulement du personnel, à la déqualification, au manque de coordination et, même, à augmenter les risques pour les pensionnaires et le personnel.

Syndicats dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales

Le gouvernement fédéral indique que le taux de syndicalisation de la catégorie qui comprend les « aides-infirmières - aides-infirmiers, aides-soignantes, aides-soignants - aides en soins de santé et préposées - préposés aux bénéficiaires » est de 68 % dans l'ensemble du Canada, comparativement à 32 % pour toutes les professions (Canada, 2003). Le taux salarial horaire pour cette classification par profession est de 16,91 $, ce qui est sous la moyenne de toutes les professions. En 2001, il y avait 162 500 travailleuses et travailleurs dans ce groupe, une augmentation de 49 % depuis 1994. Le pourcentage des femmes dans ces professions était de 87 % en 2001. De ces postes, 68 % étaient à temps plein, comparativement à 82 % pour toutes les professions, et 32 % étaient à temps partiel, comparativement à 18 % pour toutes les professions.

Selon Armstrong *et al.* (2002), les taux de syndicalisation dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes en Ontario sont élevés, bien que les taux de salaire y soient plus bas que dans les hôpitaux. Le taux de syndicalisation relativement élevé dans le domaine des soins de longue durée est le résultat d'un certain nombre de facteurs. L'un d'entre eux est le taux de syndicalisation généralement élevé dans l'ensemble du secteur des soins de santé institutionnalisés. Un autre facteur est que plusieurs grandes maisons à but lucratif ont des conventions collectives cadres qui couvrent un certain nombre de milieux de travail. Ces

travailleuses et travailleurs du domaine des soins de longue durée qui sont moins susceptibles d'être syndiqués travaillent dans les maisons à but lucratif, appelées « familiales », qui sont situées dans les régions rurales plus éloignées.

Bien qu'il ne puisse y avoir qu'une ou deux IA dans une maison de soins infirmiers, elles sont les dispensatrices de soins de première ligne les plus susceptibles d'être couvertes par une convention collective. En Ontario, les inf. aux. aut. peuvent maintenant être représentées par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario depuis une modification récente des règlements de l'Association. Ce qui est plus caractéristique, c'est que les inf. aux. aut. sont représentées par le même syndicat que les ASS dans une maison de soins infirmiers. La Commission des relations de travail de l'Ontario définit depuis longtemps la catégorie IAA dans l'unité de service élargie comme une unité de négociation « adéquate ».

Plusieurs syndicats représentent les travailleuses et les travailleurs du domaine des soins de longue durée, notamment les suivants : TCA, SEIU, SCFP, CLAC, MUA, TUAC et un syndicat « indépendant » appelé Canadian Healthcare Workers Union (CHCW). C'est un nombre élevé, étant donné le nombre des travailleuses et des travailleurs du secteur. Dans plusieurs cas, les maisons de soins de longue durée constituées en société ont conclu des conventions de gré à gré avec au moins un syndicat, qui peut dès lors représenter toutes les travailleuses et tous les travailleurs dans toutes les maisons de soins de longue durée que ces entreprises construisent, souvent avant même que l'établissement soit fonctionnel et que les travailleuses et les travailleurs soient embauchés. On peut prétendre que cela nie aux travailleuses et aux travailleurs leurs droits démocratiques de décider qui représente leurs intérêts, ce qui est une question vitale.

Les taux de salaire dans les maisons de soins de longue durée varient considérablement. Parmi les facteurs importants qui contribuent à ces variations, il y a les types de maisons : maisons constituées en société; maisons à propriétaire unique avec exploitation familiale; maisons municipales, maisons exploitées par des organismes de bienfaisance. De plus, les emplacements contribuent à la variation des taux de salaire selon que les maisons se trouvent dans les régions rurales ou urbaines. En Ontario, un syndicat nous a rapporté qu'en 2004, les taux de salaire généraux des IAA variaient de 17,91 $ à 19,16 $, et ceux des ASS, de 15,91 $ à 16,55 $. Nous avons été en mesure d'établir que, dans les grandes maisons des régions urbaines, les taux de salaire variaient, en 2005, de 18,64 $ à 20,84 $, pour les inf. aux. aut., et de 13,90 $ à 15,03 $ pour les ASS[5]. Il apparaît clairement que les maisons des régions rurales abaissent en général les taux de salaire moyens.

Notre recherche indique que les syndicats tendent à ne pas envisager les questions de conventions collectives en termes de différences entre les régions rurales et urbaines. Les représentantes et les représentants syndicaux à qui nous avons parlé ont fait part d'une réticence à négocier pour obtenir des salaires plus élevés pour les travailleuses et les travailleurs des régions urbaines en se fondant sur les coûts de la vie plus élevés. Comme les grands syndicats et plusieurs maisons de soins infirmiers qui font partie de chaînes constituées en sociétés s'étendent dans toute la province, il est difficile d'établir des différences en toute confiance entre les salaires et les conditions dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales, sauf par rapport aux statistiques générales. Les règlements de l'équité salariale ont été un facteur important dans l'exacerbation des différences salariales entre les maisons de soins de longue durée municipales

et les maisons de soins de longue durée à but lucratif constituées en société. Les maisons municipales ont été obligées d'effectuer des comparaisons des emplois pour l'équité salariale et ont cherché des comparables masculins au sein de la municipalité. Les maisons à but lucratif n'ont trouvé aucune catégorie professionnelle dominée par les hommes et se sont donc appuyées sur l'équité salariale par approximation. Les maisons à but lucratif ont négocié avec les syndicats de leur personnel une application graduelle de l'équité salariale, mais les règlements, en général, n'étaient pas aussi élevés que dans les maisons municipales et les sommes n'étaient pas payées aussi rapidement aux travailleuses et aux travailleurs.

Pour les syndicats que nous avons consultés, les principales préoccupations des membres] sont reliées à la charge de travail, qui a des incidences directes sur le niveau de soins que les pensionnaires reçoivent, et au manque de financement adéquat des maisons qui pourrait permettre une dotation conséquente et de respecter les niveaux de soins. Ces préoccupations dominent, que les maisons se trouvent dans une région urbaine ou rurale.

> *Actuellement, nous avons beaucoup de niveaux 1, 2 et 3, parce que beaucoup de nos niveaux 4 et certains niveaux 3 sont morts et c'est tout ce que nous avons, et à tout moment toutes et tous seront aux niveaux 3 et 4, vous savez, la majorité. Bien, c'est inutile de toute façon, parce que notre financement ne change jamais! (rires). Non! — notre personnel diminue. Il n'y a aucune raison pour ça. Alors, parce que c'est une maison de soins infirmiers privée, il n'y a pas, il n'y a pas plus de personnes quand il y a plus de travail, vous savez, même quand on les réévalue dans un an. Rien n'a jamais changé. On nous alloue plusieurs niveaux 1 et 2 et 3 et 4, et c'est ce qu'on obtient et on n'obtient pas de nouveau personnel. La seule raison pour laquelle nous avons eu une personne additionnelle, c'est que nous avons débrayé (rires)* (ASS, Manitoba).

Un représentant syndical a décrit la différence entre la façon dont les dispensatrices de soins de première ligne des régions rurales et des régions urbaines entamaient des procédures de grief. D'après lui, il était moins probable que les femmes des petites collectivités rurales fassent des griefs ou déclenchent une grève, parce qu'elles connaissent étroitement les gens avec lesquels elles travaillent. Dans les grandes régions urbaines, il est peu probable qu'il en soit de même. Nos données suggèrent aussi que lorsque les infirmières des régions rurales déclenchent une grève, c'est souvent après avoir enduré des choses durant très longtemps.

> *C'est plus difficile, car il y a un plus grand degré d'intimité et de réseaux sociaux dans les établissements des régions rurales. Votre absence peut forcer votre voisine à travailler plus fort et, peut-être, à se blesser. Il y a une plus forte pression pour que les gens se donnent. Il y a aussi une plus grande connaissance des pensionnaires et une plus grande intimité sociale. Les syndicats militants viennent des régions urbaines. L'expression du militantisme est différente. Force intérieure, les pensionnaires ne sont pas des abstractions et font partie du modèle de militantisme* (représentante syndicale, Ontario).

> *Bien, ça nous a pris quoi, trois ans de cas lourds, lourds, nous n'avions que des niveaux 4. Ça nous a pris (rires) une grève! Avant que nous ayons une personne additionnelle* (ASS, Manitoba).

Les syndicats ne peuvent pas faire de miracles, dans le contexte d'une formule de financement liée aux systèmes de classification qui détermine, à l'extérieur du processus de négociation, combien d'argent sera disponible pour chaque maison. Les syndicats qui tentent de négocier des augmentations salariales pour leurs membres se retrouvent coincés, car une augmentation salariale pour les travailleuses et les travailleurs qui sont déjà là réduira vraisemblablement la somme disponible pour le personnel additionnel, qui pourrait réduire la pression que subissent les travailleuses et les travailleurs actuels.

Financement, système de classification, lien avec le travail quotidien

Malgré la façon dont le fonctionnement du système de classification cache le rapport qui existe entre le financement et le travail quotidien des dispensatrices de soins de première ligne, les travailleuses elles-mêmes sont très conscientes de ce lien. Elles comprennent — parfois explicitement et, parfois, un peu moins — que ce qu'elles documentent au fil de leur journée de travail est utilisé dans le processus de classification et a des incidences sur le financement de la maison et, à la fin, sur leur vie de travail future. Une IA d'une maison de soins infirmiers de l'Ontario qui avait reçu une formation relative au système de classification et qui avait conservé un intérêt particulier à son endroit a expliqué ce qu'elle (et plusieurs autres) considérait être une lacune grave du système : il ne tient pas compte adéquatement du comportement des pensionnaires dans les évaluations.

> *Il y a beaucoup plus de temps passé avec les pensionnaires des maisons de soins infirmiers relativement à leurs comportements qu'il y en a à les ! et à les transférer. Cela prend des tonnes de documentation et du temps pour démontrer que vous avez dû composer avec un comportement. C'est la partie injuste de la classification, comme je la vois. Il y a plus d'heures de soins infirmiers passées à composer avec les problèmes comportementaux dans une maison de soins infirmiers pour lesquelles vous n'obtenez aucun crédit que vous en passez pour ce sur quoi portent les indicateurs en termes de temps. Vous voyez ce que je veux dire?*
>
> *Vous pouvez passer 20 minutes à nourrir un pensionnaire par repas. Vous pouvez passez six minutes le matin à ! une pensionnaire et un total de peut-être 15 minutes par jour pour la transférer et composer avec son incontinence. Sur une période de 24 heures, vous pouvez passer deux heures et demie à composer avec son comportement, mais vous n'obtenez pas le financement en soi pour le temps passé à cela alors que vous l'obtenez en fonction de leurs indicateurs. Je pense qu'il se passe beaucoup plus de temps à composer avec [les comportements]. Les filles composent avec une foule de ces comportements et, comme ça se répète régulièrement, elles pensent que c'est normal pour telle ou tel pensionnaire. Si elles s'arrêtaient vraiment et inscrivaient les minutes passées, s'il y avait une fille particulièrement pour inscrire les minutes réelles durant*

24 heures passées avec les pensionnaires, je vous gage que les minutes passées à s'occuper des comportements vous étonneraient comparées aux minutes qui sont passées sur les AVQ. Les AVQ, c'est ça qui rapporte de l'argent (IA, Ontario).

Quand vous entendez niveau 4, vous savez que le travail physique est lourd. Un niveau 2 peut être aussi lourd seulement mentalement... en cherchant à empêcher une personne confuse de partir, alors qu'elle cherche ses parents ou qu'elle doit aller s'occuper de ses chevaux et qu'elle pleure. Il faut la calmer avec tact, doucement, puis la rediriger. Alors, c'est beaucoup plus difficile pour moi mentalement. Parfois, vous voulez simplement vous rendre dans une autre chambre et crier (ASS, Manitoba).

Les travailleuses de première ligne sont aussi très cyniques au sujet de la façon dont le processus de classification ignore les comportements des pensionnaires et, en conséquence, réduit les sommes pourtant nécessaires pour payer le travail qu'exigent les pensionnaires.

Je pense que le gouvernement l'a conçu ainsi, car s'il devait vous payer, s'il devait vous donner le financement pour les minutes passées à s'occuper des comportements, ce serait un montant phénoménal. Je pense qu'ils l'ont fait, vous savez, normalement, ça ne prend pas 30 minutes pour habiller une personne, l'aider sur le plan de l'élimination et de la propreté et la nourrir, mais s'occuper de son comportement prend beaucoup plus de temps. Je pense que le gouvernement ne paiera jamais d'argent pour le temps passé à s'occuper des comportements dans une maison de soins infirmiers. C'est mon opinion personnelle, je ne suis pas certaine que c'est bien ça. Je pense que s'ils devaient accorder un financement pour les comportements, nous recevrions beaucoup plus d'argent (ASS, Ontario).

Il y a environ cinq ans, au lieu des 1,2,3 et 4, ils inscrivaient un « n » et un « y »... maintenant, quelqu'un pourrait être de niveau 2y et ce serait « avec comportement ». Alors ce serait plus près du niveau 3. Alors, ce pourrait être quelqu'un qui marche et fait tout par lui-même, mais qui exige constamment de vous ou que vous devez surveiller tout le temps pour ne pas qu'il parte ou autre chose du genre. Une autre raison pour laquelle ils ont commencé à mettre le n et l'y, c'est qu'ils voulaient que le gouvernement finance aussi le comportement, mais il ne le fait pas (ASS, Manitoba).

Elles sont très au courant de la façon dont l'environnement de prestation des soins de longue durée a changé. C'est surtout parce que bon nombre d'entre elles font partie du système depuis de nombreuses années.

Je travaille ici depuis 18 ans et demi. Il y avait un temps d'arrêt durant le quart de soir et il y en a encore habituellement. Nous pouvons prendre la pause et obtenir 15 ou 20 minutes de plus après 21 h 30. C'est beaucoup plus lourd et beaucoup plus exigeant que ce l'était. Les gens vivent plus longtemps et deviennent plus, vous savez... plus une personne est âgée, plus elle est

dépendante des autres. Je ne pense pas que le financement soit adapté à la charge de travail (ASS, Ontario).

Si je me rappelle quand nous avions du temps l'après-midi, disons à 14 h, et quand nous pouvions nous retrouver ensemble et avoir une discussion au sujet de ce qui allait bien ou mal, ou autre? Mais, vous savez, il n'y a jamais de temps pour cela. Ça nous prend jusqu'à 14 h ou 14 h 30 pour que tout le monde soit propre après le dîner et couché pour la sieste. Puis, nous avons ces formulaires — les rapports quotidiens — à remplir et c'est le temps de retourner chez soi... parfois, c'est simplement trop occupé là (ASS, Manitoba).

Mais, elles voient aussi comment cela peut distraire de se sentir préoccupées des effets de la documentation des activités et des comportements, plutôt que de s'occuper des soins aux pensionnaires.

Non, nous ne faisons qu'indiquer ce que nous savons. Il ne nous appartient pas d'argumenter sur les points et l'argent. Nous savons simplement que cela a pris 20 minutes pour sortir cette femme de la [toilette] et, parfois, c'est une seule personne qui peut s'en occuper, parfois, c'est deux et, parfois, nous sommes plusieurs. C'est là que passe vraiment l'argent. Des choses comme ça — c'est leur façon de les catégoriser. Ce sont les AVQ, les CVQ [comportements de la vie quotidienne] et les NSC [niveaux de soins continus] (IAA, Ontario).

Dans la prochaine partie, nous tirons nos conclusions au sujet du rapport entre les soins de longue durée et les collectivités rurales, et nous présentons des recommandations.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Collectivités rurales, travail dans les maisons de soins infirmiers et financement

Notre recherche nous a aidés à découvrir les rapports entre les expériences des dispensatrices de soins de première ligne, la façon dont les soins de longue durée sont financés en Ontario et au Manitoba et les systèmes de classification utilisés pour quantifier et mesurer le travail qui est effectué dans ces maisons. Cet examen nous a permis de relever les particularités de ces rapports, de la manière dont ils entrent en jeu dans les collectivités rurales.

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les collectivités rurales luttent pour trouver des moyens de survivre, pour établir une base économique stable qui créera des emplois et produira des taxes et des services qui contribueront à la collectivité même, plutôt qu'aux profits et aux ordres du jour politiques qui sont décidés très loin. Nous considérons que les maisons de soins de longue durée *peuvent apporter et apportent* une contribution positive à la pérennité des collectivités rurales. Elles sont bien positionnées pour le faire, car elles sont dispersées dans l'ensemble du territoire rural et offrent un service précieux et critique ainsi qu'une source d'emploi dans les petites collectivités partout au Canada. À ce titre, elles créent des emplois, produisent des services et des taxes et ont ainsi la capacité de contribuer aux collectivités où elles sont exploitées. Toutefois, pour contribuer davantage à la pérennité des collectivités rurales, des changements doivent survenir et s'appliquer particulièrement au fonctionnement des soins de longue durée dispensés dans ces établissement, le tout dans un contexte rural.

Nous concluons que, tel qu'il est organisé actuellement, le système de classification qui détermine le financement des maisons de soins de longue durée a des conséquences particulièrement néfastes pour les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons qui évoluent en milieu rural. Nous avons présenté ces conséquences dans la partie précédente. Il reste à suggérer des changements qui pourraient améliorer la situation et faire des maisons de soins de longue durée ce qu'elles peuvent être, c'est-à-dire la pierre angulaire de la pérennité de la collectivité.

Plusieurs des intervenantes et des intervenants du domaine des soins de longue durée ont fait des recommandations pour changer les choses, notamment les syndicats, les associations professionnelles d'infirmières et d'infirmiers, les groupes de personnes âgées, les coroners, les organismes de santé ainsi que les ministères provinciaux et fédéral de la santé. Nous n'avons pas l'intention d'occuper ce terrain de nouveau. Nos recommandations ci-dessous visent plutôt à lever le voile sur les enjeux des soins de longue durée dans les régions rurales. Elles insistent donc pour que les décisionnaires étudient ce que cela signifierait de s'occuper des problèmes dans le domaine des soins de longue durée en portant une attention particulière aux limites et aux possibilités qui ont trait aux collectivités rurales. Nous ne remettons pas en cause la pertinence des recommandations contenues dans plusieurs autres rapports relativement au contexte des soins de longue durée dans les régions rurales. En fait, les conditions particulières des collectivités rurales exacerbent souvent les éléments généraux de stress du système des soins de longue durée.

Les recommandations se présentent en quatre parties : le travail de première ligne, le personnel, le financement et le système de classification et, enfin, la politique en matière de ruralité.

Travail de première ligne

Formation

Le personnel de première ligne des soins de longue durée dans les régions rurales devrait se faire offrir des possibilité de formation auxquelles il pourrait accéder dans sa propre collectivité. Cette formation devrait porter sur les soins et sur l'utilisation de la technologie.

Pour offrir de meilleurs soins aux pensionnaires et pour enrichir leur propre vie de travail, les dispensatrices de soins de première ligne ont besoin d'un accès élargi et amélioré à la formation dans des domaines spécialisés des soins de longue durée, par exemple, la démence et les soins palliatifs.

De plus, les dispensatrices de soins de première ligne qui doivent utiliser des ordinateurs dans leur travail quotidien, comme l'exigera l'introduction de systèmes de classification plus avancés, doivent recevoir une formation en informatique, tant générale qu'axée particulièrement sur les programmes qu'elles utilisent dans leur travail.

Recommandation 1. Pour veiller à ce que cette formation soit disponible, nous recommandons, de plus, que des mesures incitant à la formation soient offertes aux personnes et aux maisons de soins de longue durée.

Recommandation 2. Des mesures incitatives devraient être accessibles aux institutions qui offrent des possibilités de recyclage aux travailleuses et aux travailleurs, particulièrement dans les régions rurales où l'accès à l'expertise en matière de santé est plus rare.

Recommandation 3. Il faut offrir plusieurs options aux travailleuses et aux travailleurs pour leur donner accès à la formation à l'échelon local, même là où l'infrastructure de formation est absente. Cela pourrait comprendre des cours en ligne, des pavillons satellites et des cours itinérants (où les formatrices et les formateurs se rendent dans une collectivité et donnent un cours dans une école locale, par exemple). Les cours doivent être offerts de plusieurs façons (c.-à-d. que le même cours devrait être disponible en ligne, sur DVD ou bande vidéo et dans des livres). La reconnaissance de l'apprentissage par l'expérience devrait aussi être plus disponible, éventuellement au moyen de programmes collégiaux de certificat « Défi », où les crédits de cours sont accordés pour les compétences apprises au travail et mises à l'épreuve. Les programmes comme ceux qui sont offerts au Manitoba par les collèges Winnipeg Technical, Red River et Assiniboine pourraient servir de modèles.

Recommandation 4. Une idée plus radicale consisterait à installer des centres de formation dans les régions rurales, plutôt que de s'attendre à ce que les gens des régions rurales se déplacent toujours vers les centres urbains. Les programmes des infirmières ou infirmiers auxiliaires et des aides en soins de santé qui se déplacent dans les régions rurales, qui sont offerts par l'Assiniboine College au Manitoba, pourraient servir de modèles pour offrir de la formation en soins de santé accessible aux résidentes et aux résidents des régions rurales qui, souvent, trouvent

que les frais de réinstallation pour recevoir de la formation sont un élément dissuasif important. Un modèle entièrement élaboré aurait plusieurs points d'entrée et de sortie dans un continuum qui passerait du certificat d'aide en soins de santé au baccalauréat en sciences infirmières (Assiniboine Community College, 2000).

Réglementation des aides en soins de santé - préposées et préposés aux soins personnels en tant que profession

Les aides en soins de santé, les préposées et les préposés aux services de soutien à la personne et autres groupes actuellement sans réglementation professionnelle devraient être reconnus comme faisant partie de professions. Il devrait être explicite que l'adhésion n'est pas rendue difficile pour les résidentes et les résidents des régions rurales (p. ex. au moyen de procédures de formation ou d'agrément qui sont souvent difficiles d'accès dans les collectivités rurales).

Recommandation 5. Une association professionnelle d'aides en soins de santé devrait être mise sur pied à l'échelle provinciale pour assurer que les normes de soins sont respectées mutuellement, que les programmes d'étude sont normalisés et que les femmes reçoivent une bonne formation. Cette association pourrait aussi constituer une base en vue de l'amélioration des salaires et des conditions de travail de cette catégorie de travailleuses pour respecter leur expertise en ce qui concerne les soins dispensés aux pensionnaires et de la documentation de ces soins, et pour limiter le temps passé dans les travaux d'écriture et les tâches administratives.

Modalités du travail

Les dispensatrices de soins de première ligne des régions rurales bénéficient de dispositions claires dans leurs conventions collectives ou leurs contrats d'emploi qui stipulent les conditions pour passer du travail à temps partiel au travail à temps plein; qui ne permettent pas les postes fractionnés; qui offrent des primes de rappel pour le travail en dehors des heures normales; qui exigent que les horaires de travail soient affichés au moins une semaine à l'avance et que les quarts soient prévus avec des intervalles d'une semaine au minimum.

En plus d'offrir des avantages individuels, les salaires et les conditions de travail améliorés des travailleuses feront la promotion des soins de longue durée comme étant un « bon » travail dans les collectivités rurales, plutôt qu'ils soient considérés comme un emploi de dernier recours, comme ils le sont parfois en ce moment. Cela aidera à régler le problème de pénurie de travailleuses dans le domaine des soins de longue durée dans les collectivités rurales et aidera à maintenir les collectivités au moyen de l'accès à des emplois stables pour les femmes. Il faut trouver des solutions pour contrer les problèmes de stress et de surmenage. En particulier, il est crucial que les exigences des systèmes de classification en matière de travaux d'écriture ainsi que les volumes considérables de travaux d'écriture qu'entraînent d'autres exigences soient examinés et réduits.

Recommandation 6. Les employeurs devraient avoir droit à des mesures incitatives pour améliorer les conditions de travail et salariales de leurs dispensatrices de soins de première ligne. Ces mesures incitatives pourraient être liées, par exemple, à l'agrément, qui, à la fin, apporterait

des profits aux maisons de soins de longue durée sous forme de récompenses financières, ce qui améliorerait les soins sur plusieurs plans.

Personnel des maisons de soins de longue durée des régions rurales

Les arguments et les demandes actuels en vue d'améliorer les niveaux de personnel dans les maisons de soins de longue durée sont encore plus critiques dans les maisons des régions rurales : les médecins et les autres spécialistes peuvent y être inaccessibles; elles ont une main-d'œuvre réduite et plus âgée en raison de la migration de sortie des populations en âge de travailler qui frappe les régions rurales. De plus, les tensions exercées sur les niveaux de personnel affectent directement l'exactitude de la documentation et le caractère humain des soins qui est contextuel.

Recommandation 7. Les maisons de soins infirmiers des régions rurales devraient appliquer des exigences minimales plus strictes en matière de personnel pour chaque quart de travail, y compris la présence en tout temps d'une IA, et devraient avoir droit à des mesures incitatives pour le faire. Des niveaux de personnel améliorés aideront la main-d'oeuvre plus âgée du domaine des soins de longue durée dans les collectivités rurales à rester au travail sans blessures ni fatigue professionnelle.

Recommandation 8. Les exploitantes, les exploitants, les administratrices et les administrateurs de maisons de soins infirmiers devraient avoir droit à des mesures incitatives pour la création d'un plus grand nombre d'emplois à temps plein et faire face à des mesures de dissuasion pour la création d'emplois à temps partiel. Cela améliorerait le bassin d'emplois dans les collectivités rurales.

Recommandation 9. Les pratiques exemplaires liées à la réglementation des professions doivent s'appliquer aux sciences infirmières, aux soins et aux pratiques administratives dans le contexte des collectivités rurales.

Financement et système de classification des patientes et des patients dans les maisons de soins de longue durée des régions rurales
Les systèmes de classification et les formules de financement qui y sont associées doivent être rajustés pour répondre aux besoins particuliers des maisons de soins de longue durée des régions rurales, de leurs travailleuses et de leurs pensionnaires.

Les vérificateurs des provinces doivent examiner les budgets annuels attentivement pour assurer que les fonds publics qui sont affectés à des domaines particuliers sont dépensés dans ces domaines. Les travailleuses ont signalé à leurs syndicats des cas où l'argent destiné aux soins des pensionnaires servait à d'autres fins (p. ex. payer les peintres en bâtiment à partir du budget des soins infirmiers) (SCFP, 2001). Il devrait y voir une surveillance indépendante pour veiller à ce que les budgets soient dépensés en fonction du financement accordé, soit sur les soins directs aux pensionnaires. Les services spécialisés destinés aux pensionnaires, comme les programmes d'activités, devraient être financés à ce titre et être considérés comme essentiels à la qualité de vie des pensionnaires. Ces programmes spécialisés ne devraient pas être coincés ou devoir être en concurrence avec les autres besoins des pensionnaires. Bien qu'il s'agisse ici de suggestions

pour accroître la responsabilité, elles se fondent sur la nécessité d'élaborer des exigences de responsabilité qui sont pertinentes et utiles plutôt que de faire les choses en double et de façon frivole. Selon nos données, il faut évaluer la pertinence et les efficiences des exigences de responsabilité ainsi que des méthodes de collecte de données et des études, telles qu'elles sont actuellement.

Recommandation 10. Pour résoudre le problème lié à l'augmentation de l'acuité des besoins des pensionnaires des maisons de soins infirmiers des régions rurales, le système de classification doit être attentif aux aspects comportementaux avec lesquels le travail du domaine des soins doit composer (c.-à-d. la démence et les aspects qualitatifs des soins). Cela assurera que la somme des compétences du personnel dans la maison reflète exactement le volume de travail et les compétences requises pour composer avec la charge de cas des pensionnaires.

Recommandation 11. Il faut un examen plus attentif des enveloppes budgétaires pour les soins infirmiers des maisons de soins de longue durée des régions rurales. Il est important d'étudier et de surveiller s'il existe des inégalités, qui ne peuvent pas être justifiées adéquatement, entre le financement accordé aux établissements des régions urbaines et à ceux des régions rurales.

Recommandation 12. Pour répondre aux exigences financières des recommandations qui sont présentées ci-dessus, il peut être nécessaire de rehausser les enveloppes budgétaires des soins infirmiers pour les maisons des régions rurales. Cela comporterait un changement à la formule pour qu'elle tienne compte de la ruralité.

Recommandation 13. Les formules des systèmes de classification devraient être évaluées pour connaître leur capacité à tenir compte de la ruralité sur le personnel (p. ex. la distance couverte pour les déplacements domicile-travail, l'âge de la main-d'oeuvre, la taille du réservoir de main-d'oeuvre) et des demandes de soins (p. ex. l'acuité croissante des besoins des patientes et des patients, la proportion qui a des problèmes comportementaux).

Questions liées aux politiques rurales

Pour favoriser ce qui est recommandé ci-dessus, un certain nombre de changements complémentaires doivent être apportés pour permettre que les maisons de soins de longue durée deviennent une partie de la solution à la pérennité des collectivités rurales plutôt qu'une partie du problème.

Recommandation 14. Un investissement accru est nécessaire dans l'infrastructure des régions rurales pour y soutenir les soins de longue durée. En particulier, il faut améliorer les communications au moyen de meilleures routes et, quand c'est possible, les transports publics ainsi que les réseaux de communication numériques, y compris le téléphone, l'accès à Internet à large bande et autres.

Recommandation 15. Les gouvernements provinciaux et les municipalités des régions rurales devraient envisager sérieusement d'installer et d'offrir un soutien continu à des centres de formation dans un plus grand nombre de régions rurales pour y attirer des services de soutien, y offrir des compétences pour l'emploi local et y contribuer à la viabilité économique générale.

Recommandation 16. Les travailleuses qualifiées des domaines des soins de santé et des soins de longue durée de l'extérieur du Canada devraient avoir droit à des mesures incitatives si elles consentaient à demeurer dans une région rurale durant un certain nombre d'années après leur admission au Canada. Il faudrait accorder une aide à la formation en soutien aux travailleuses immigrantes du domaine des soins de santé, comme dans le cas de la formation en anglais langue seconde. Le programme du Red River College (Manitoba), English for Health Care Aides, pourrait servir de modèle utile pour de tels soutiens.

Recommandation 17. Il faudrait encourager les offices régionaux de la santé ou leurs équivalents, et peut-être exiger de leur part qu'ils incluent la participation des collectivités des régions rurales dans leurs processus de détermination du financement des soins de santé et, plus particulièrement, des soins de longue durée. Là où de tels processus existent déjà, on doit les promouvoir de manière à favoriser la participation communautaire.

Recommandation 18. On pourrait encourager les maisons de soins de longue durée des régions rurales, là où c'est pratique, à entrer en liaison avec des maisons urbaines mieux nanties en fait de ressources qui pourraient les soutenir en partageant leurs ressources et leur expertise dans le cadre de partenariats. Cela pourrait être lié au financement.

Nous espérons que les décisionnaires s'efforceront d'écouter les voix des dispensatrices de soins de première ligne de l'ensemble du Canada et travailleront avec elles à faire du système de soins de longue durée un excellent modèle qui sera un exemple pour d'autres : un système efficace et équitable pour les femmes qui y travaillent et qui veulent offrir de bons soins dans les maisons de soins infirmiers et pour les personnes âgées vulnérables, que nous pourrions toutes et tous devenir un jour.

ANNEXE A : PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

Sources principales : organisations

Manitoba
Long-term Care Association of Manitoba, Administration
Winnipeg Labour Council
Manitoba Federation of Labour
Momentum Healthware, spécialiste de l'implémentation clinique
Service Employees International Union (SEIU), section locale 308
Manitoba Government Employees Union (MGEU)
Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)
Office régional de la santé Assiniboine, programmes de SLD
Directrice régionale des soins à domicile – coordinatrice de cas
Office régional de la santé du Centre, représentante des soins à domicile
Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs, administratrice
Office régional de la santé du Nord-Est, Programmes et services
Office régional de la santé des Parcs, administratrices et administrateurs; Santé communautaire; Planification des congés de l'hôpital
Office régional de la santé de Winnipeg, soins de longue durée
Santé Manitoba, Soins de longue durée

Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Registered Practical Nurses Association of Ontario
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors
Coalition des organismes d'aînés et d'aînées de l'Ontario (Ontario Society (Coalition) of Senior Citizens Organizations)
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Carewatch Ontario - Toronto
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction générale des établissements de soins de longue durée
Centres d'accès aux soins communautaires
Conseils régionaux de la santé
Ontario Health Coalition
Ministère du Travail
Commission de l'équité salariale de l'Ontario
Cliniques communautaires de santé mentale (des régions rurales)
Healthcare Health and Safety Association of Ontario
Directrice des programmes, Classification, autorisations, prévente

National
Syndicat canadien de la fonction publique
Métallurgistes unis d'Amérique

Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile
Christian Labour Association of Canada
RAI Health Informatics Project (projet IÉP - Systèmes intégrés d'information sur la santé)
Professeure, département des études en santé et de gérontologie, Université de Waterloo
Professeure, Université Trent
Professeure, relations familiales et nutrition appliquée, Université de Guelph
Professeure, Université de Toronto
Susan Turner, Ph.D., Centre for Families, Work and Wellbeing, Université de Guelph

Districts des ORS des participantes de première ligne du Manitoba (participantes aux groupes de discussion)

Centre
Marquette
Entre-les-lacs
Parcs
Sud-Est

Districts des CASC des participantes de première ligne de l'Ontario (entrevues)

Grey-Bruce
Huron
Manitoulin-Sudbury

NOTA : Les noms des exploitantes, exploitants, administratrices et administrateurs de maisons de soins de longue durée et le lieu de travail des dispensatrices de soins de première ligne ont été omis pour protéger la confidentialité.

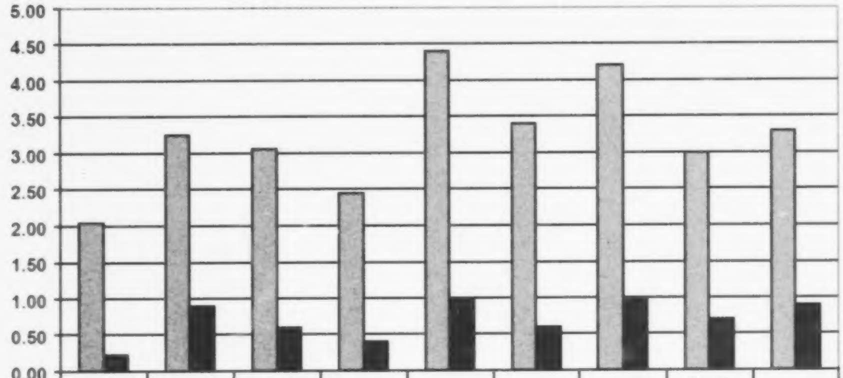
ANNEXE B : TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1 — À but lucratif et sans but lucratif : comparaison des soins de longue durée dans les provinces

Province	Public - Sans but lucratif* %	Privé à but lucratif %
Colombie-Britannique	68,3	31,7
Saskatchewan	96,2	5,8
Manitoba	84,0	15,0
Ontario	48,4	51,6
Nouveau-Brunswick	100,0	0
Nouvelle-Écosse	72,0	28,0

Nota — * Public - sans but lucratif comprend les maisons de soins de longue durée provinciales et municipales et les maisons de soins de longue durée considérées comme des sociétés sans but lucratif (OHC, 2002a).

Figure 1 — Heures totales de soins par pensionnaire par jour



	Ont LTC	Ont CCC	Sask	Manitoba	Maine	Michigan	Miss	South Dakota	Neth
Total Hours	2.04	3.25	3.06	2.44	4.40	3.40	4.20	3	3.3
RN Hours	0.23	0.9	0.59	0.4	1	0.6	1	0.7	0.9

Source : Ville de Toronto (2001).

Tableau 2 — Main-d'oeuvre infirmière par type d'emploi et par province - territoire d'autorisation, Canada. Répartition en pourcentage, 2003.

	T.-N. L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.	Nun.	Canada
Main-d'oeuvre des IA	100,00	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Temps plein	73,0	51,9	61,2	60,9	51,8	50,9	46,2	54,3	42,4	51,2	49,3	70,3	61,6	51,4
Temps partiel	17,0	43,5	27,7	29,5	32,5	28,6	47,7	34,6	42,2	31,4	31,7	13,3	8,9	32,1
Occasionnelle	10,0	4,6	11,1	9,6	**	7,2	6,1	11,2	16,6	17,4	19,0	**	29,5	10,6
Employées – Situation inconnue	0,0	0,0	0,0	0,0	**	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	*	0,0	5,9
Main-d'oeuvre des inf. aux. aut.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	..	100,0
Temps plein	59,0	37,3	49,5	47,5	39,6	44,9	34,6	49,9	39,3	56,1	61,7	75,5	..	44,7
Temps partiel	5,4	37,5	25,5	32,6	46,2	33,4	56,2	21,5	47,2	12,8	21,7	13,2	..	34,9
Occasionnelle	35,6	25,2	**	19,9	14,2	7,9	9,2	**	13,5	25,7	16,7	14,3	..	14,0
Employées – Situation inconnue	0,0	0,0	*	0,0	0,0	13,8	0,0	**	0,0	5,4	0,0	0,0	..	6,4
Main-d'oeuvre des IAA	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	100,0
Temps plein	-	-	-	-	-	-	63,8	74,1	63,2	70,2	-	-	-	68,2
Temps partiel	-	-	-	-	-	-	**	**	30,3	17,7	-	-	-	24,6
Occasionnelle	-	-	-	-	-	-	**	*	8,6	10,1	-	-	-	6,4
Employées – Situation inconnue	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	2,0	-	-	-	0,8
Total de la main-d'oeuvre infirmière	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notes :
* Valeur supprimée conformément à la politique de confidentialité de l'ICIS; la valeur de la cellule est de 1 à 4.
** Valeur supprimée pour assurer la confidentialité; la valeur de la cellule est de 5 ou plus.
- Les données ne sont pas applicables ou n'existent pas.
.. Données non recueillies actuellement par l'ICIS.
Les totaux peuvent ne pas totaliser 100 % car les chiffres ont été arrondis.
Les statistiques publiées par l'ICIS diffèrent des statistiques publiées par les responsables provinciaux-territoriaux en raison des méthodologies de collecte, de traitement et de rapport de l'ICIS.

Source : *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2003.*

Tableau 3 — Calcul de l'échantillon du paramètre casuistique et de l'indice de la charge de cas

Classification des niveaux de soins
Division de la santé communautaire
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Le paramètre casuistique (PC) de l'établissement est le total de la proportion des pensionnaires de l'établissement dans chaque catégorie de classification (de A à G) multiplié par les facteurs de pondération correspondants. L'indice de la charge de cas (ICC) de l'établissement est déterminé en divisant le PC de l'établissement par le PC provincial et en multipliant le résultat obtenu par 100.

Calcul de l'échantillon du paramètre casuistique et de l'indice de la charge de cas

Catégorie de classification	Nombre de pensionnaires / Pourcentage du total dans la catégorie	Facteur de pondération de la catégorie	Paramètre casuistique de l'établissement
A	0 0,00 %	30,92	00,00
B	5 3,33 %	43,21	216,05
C	10 6,67 %	59,68	596,80
D	15 10,00 %	69,88	1 048,20
E	65 43,33 %	89,57	5 822,05
F	54 36,00 %	105,12	5 676,48
G	1 0,67 %	160,21	160,21
	150 TOTAL 100,00 %		90,1319 (PC)

Calcul :
Multiplier le nombre de pensionnaires par le facteur de pondération de la catégorie pour trouver le PC par catégorie. Trouver le total du PC des catégories pour trouver le PC de l'établissement.

Diviser le PC de l'établissement par le PC provincial et multiplier le résultat par le nombre relatif de 100 pour calculer l'ICC de l'établissement.

90,13 (PC de l'établissement) X 100,0 = 100,04 ICC de l'établissement
90,09 (PC provincial)

Tableau 4 — Niveaux de soins du programme des maisons de soins personnels et des soins à domicile du Manitoba

Niveau de soins	Description
Niveau 1 0,5 heure de soins payée par pensionnaire, par jour	La personne pose un risque si elle est laissée seule. Indique une dépendance minimale à l'égard du temps des soins infirmiers pour au moins l'une des tâches suivantes : baigner et habiller, nourrir, traitements, ambulation, élimination, soutien ou supervision (ou les deux). En général, vit de façon largement indépendante bien qu'il faille du personnel disponible en tout temps. Les repas et les activités sociales sont fournis. Ce niveau requiert habituellement des environnements de logement supervisé. Rapport suggéré de personnel professionnel (c.-à-d. IA) de 10 % à 90 % de personnel non professionnel (ASS - aides).
Niveau 2 2 heures de soins payées par pensionnaire, par jour	Ce niveau de soins est dispensé dans un foyer de soins personnels. En moyenne, le besoin équivaut à 1,5 heure de soins infirmiers par jour. Ce niveau indique une dépendance partielle à l'égard du temps des soins infirmiers pour au moins l'une des tâches suivantes : baigner et habiller, nourrir, traitements, ambulation, élimination, soutien ou supervision (ou les deux). Souvent, cette personne affiche une confusion légère. Rapport suggéré de personnel professionnel de 30 % (10 % d'IA, 20 % d'inf. aux. aut.) à 70 % de personnel non professionnel (ASS - aides).
Niveaux 3 et 4 3,5 heures de soins payées par pensionnaire, par jour	Ces niveaux de soins ne sont dispensés que dans les foyers de soins personnels. Le besoin équivaut ou est supérieur à 3,5 heures de soins infirmiers par jour. Le niveau 3 indique une dépendance maximale à l'égard du temps des soins infirmiers pour deux ou trois des trois tâches suivantes : baigner et habiller, nourrir, traitements, ambulation, élimination, soutien ou supervision (ou les deux). On peut aussi décider d'attribuer le niveau 3 si la personne a une dépendance maximale à l'égard du temps des soins infirmiers pour le soutien et la supervision et une dépendance modérée pour au moins deux des autres catégories. Le niveau 4 indique une dépendance maximale à l'égard du temps des soins infirmiers pour quatre des catégories suivantes et plus : baigner et habiller, nourrir, traitements, ambulation, élimination, soutien ou supervision (ou les deux). Rapport suggéré de personnel professionnel de 35 % (20 % d'IA, 15 % d'inf. aux. aut.) à 65 % de personnel non professionnel (ASS - aides).

BIBLIOGRAPHIE

Nota — Toutes les adresses URL inscrites étaient valides en date de janvier 2006.

ALBERTA. Alberta Hospitals and Medical Care. Alberta Hospitals and Medical Care Research and Strategic Planning Branch. *Alberta Patient Classification System for Long Term Care Facilities Final Report*, 1998.

ARMSTRONG, P. et ARMSTRONG, H. *Women, Privatization and Healthcare Reform: The Ontario Case*, Groupe de référence sur la réforme de la santé, Centres d'excellence pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes. Santé Canada, 1999. <http://www.yorku.ca/nnewh/english/ pubs/Ontpri.pdf>.

ARMSTRONG, P. et DALY, T. *There Are Not Enough Hands: Conditions in Ontario's Long-Term Care Facilities*, Ontario, SCFP, 2004. <http://www.cupe.ca/updir/Final_Report_Sept_04_ CUPELTC-ReportEng2a.pdf>.

ARMSTRONG, P. et JANSEN, I. « Épuisées et fatiguées : les effets de la restructuration et de la réorganisation du travail sur les travailleuses des soins de longue durée », Réseau national sur l'environnement et la santé des femmes, Syndicat canadien de la fonction publique, 2004. <www.scfp.ca/updir/Epuisees.pdf>.

ARMSTRONG, P., AMARATUNGA, C., BERNIER, J., GRANT, K., PEDERSON, A. et WILLSON, K. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, Aurora, Garamond Press, 2002.

ASSINIBOINE COMMUNITY COLLEGE. *Comprehensive Health Care Aide Certificate and Challenge Programs*, 2000. <www.public.assiniboine.net>.

———, Community Connections. *Board of Governors Health Care Consultation Final Report*, 2000. <http://public.assiniboine.net/Portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282-c6475cdb7ee7/graphics/consult_health.pdf>.

BANQUE MONDIALE. nd. « Health, Nutrition and Population ». <www1.worldbank.org/hnp/hsd/ HEGlossary.asp>. Consulté le 4 avril 2004.

BOTZ, C.K., BESTARD, S., DEMARAY, M. et MOLLOY, G. « Resource Utilization Groups (Rugs): Defining Chronic Care, Rehabilitation and Nursing Home Case Mix in Canada », *Forum Gestion des soins de santé*, 1993, 6(4).

BOWKER, G.C. et STAR, S. Leigh. « How Things (actor-net) Work: Classification, Magic and the Ubiquity of Standards », 1996. <http://repositories.cdlib.org/ucsdcomm/bowker/>.

BROWN, M. et BALDWIN, J. « The Changing Geography of the Canadian Manufacturing Sector in Metropolitan and Rural Regions 1976-1997 », *The Canadian Geographer*, 2003, p. 47.

CAMPBELL, M. « Textual Accounts, Ruling Action: The Intersection of Knowledge and Power in Routine Conduct of Community Nursing Work », *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 2001, 7.

CAMPBELL, M. et GREGOR, F.M. *Mapping Social Relations: A Primer in Institutional Ethnography*, Aurora, Ont., Garamond Press, 2002.

CANADA. « Nurses, Aides, Orderlies and Patient Service Associates (NOC 3413). » *Job Futures National Edition 2003*, 2003. <http://jobfutures.ca/noc/print/3413.html>.

CANADA. Santé Canada. Promotion de la santé. Santé rurale. *Foire aux questions*, 2002.

CANADA. Santé Canada. Systèmes de soins de santé. *Étude documentaire et analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la decision : Rapport final*, 2004. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2004-hhr-rhs-tools-outils/index_f.html>

CANADA, Statistique Canada. *Un portrait des aînés au Canada*, 1996. <http://www.statcan.ca/francais/ads/89-519-XPF/link_f.htm>.

———. *Population selon le sexe et le groupe d'âge, par province et territoire*, 2001. < http://www40.statcan.ca/l02/cst01/demo31a_f.htm>.

———. *Un portrait des aînés au Canada*, 2002. < http://www.statscan.ca/francais/ads/89-519-XPF/link_f.htm >.

CARBERT, L. *Agrarian Feminism*, Toronto, University of Toronto Press, 1995.

CARLYLE, W.J. « Agriculture in Manitoba », WELSTED, J., EVERITT, J. et STADEL, C. dir. *The Geography of Manitoba*, Winnipeg, University of Manitoba Press, 1996.

———. nd. *CAW Ontario Health Care Council: Position Statement on Long Term Care in Ontario*.

CCNTA (Conseil consultatif national sur le troisième âge). *La position du CCNTA sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada*, rapport n° 21, 2005. <http://www.naca-ccnta.ca/position/ 21_enhance_health/enhance1_e.htm>.

CLAC (Christian Labour Association of Canada). *Beds Are Not Enough: The Hidden Crisis in Ontario's Long-Term Care Facilities*, 2002. <http://www.clac.ca/publications/government_submissions/beds-are-not-enough.asp>.

CLBC (Centre syndical et patronal du Canada). *Full-Time Equivalents and Financial Costs Associated with Absenteeism, Overtime, and Involuntary Part-Time Employment in the Nursing Profession*, 2002.

CONSEIL RURAL DE L'ONTARIO. *The Rural Campaign: Changing Public Attitudes Toward Rural Ontario*, 2001.

CRANFORD, C., VOSKO, L. et ZUKEWICH, N. « Precarious Employment in the Canadian Labour Market: A Statistical Portrait », *Just Labour: A Canadian Journal of Work and Society*, 2003, 3 (automne).

CROOKS, K. « Exciting Times », *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2004, 4(2).

———. *Resident-Staff Ratios in Long Term Care*, 2001.

DIAMOND, T. *Making Grey Gold: Narratives of Nursing Home Care*, Chicago, University of Chicago Press, 1992.

DOUGLAS, D.J.A. *Toward More Effective Economic Development in Rural Ontario: An Applied Research Project*, Technical Report #1, 2001.

DUPLESSIS, V., BESHIRI, R., BOLLMAN, R. et CLEMENSON, H. « Définitions de "Rural" » *Bulletin d'analyse, régions rurales et petites villes du Canada*, Statistique Canada, vol. 3, nº 3, 2001.

DUPUY, R., MAYER, F. et MORISSETTE, R. *Les jeunes ruraux : Rester, quitter, revenir*. Rapport financé par le Partenariat rural canadien et par l'Agence de promotion économique du Canada atlantique #152, 2000. <http://www.statcan.ca/francais/research/11F0019MIF/11F0019MIF2000152.pdf>.

FRIESEN, G. *The Canadian Prairies: A History*, Toronto, University of Toronto Press, 1984.

FULLER, T. et SMALL, L. *Nos atouts des régions rurales et éloignées – rapport sur les séances du dialogue rural de l'Ontario de 2001*.

GLASGOW, N. « Rural/Urban Patterns of Aging and Caregiving in the United States », *Journal of Family Issues*, 2000, 21(5).

GLOBAL ACTION ON AGING. « CSN Warns of Crisis in Care of the Elderly », Canadian Broadcasting Corporation, 2005.

GORDON, M. « Nursing Nomenclature and Classification System Development », *Online Journal of Issues in Nursing*, 30 septembre 1998. <www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm>.

HALFACREE, K.H. « Locality and Social Representation: Space, Discourse and Alternative Definitions of Rural », *Journal of Rural Studies*, 1993, 9(1).

HARRIS, M.R., CHUTE, C.G., HARVELL, J., WHITE, A. et MOORE, T. *Toward a National Health Information Infrastructure: A Key Strategy for Improving Quality in Long Term Care*, U.S Department of Health and Human Services, 2003.

HAVENS, B. *Aging in Manitoba 1971-2001*, document thématique, Valencia Forum, Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Bedford Park, Australie, 3 avril 2002. <www.valenciaforum.com/ Keynotes/bh.html>.

HCHSAO (Health Care Health and Safety Association of Ontario). « Injury Statistics for Homes for Nursing Care », série de statistiques sur mesure pour le projet, 2003.

HIRDES, J. « Long Term Care in the Information Age: The Potential of the MDS » *Stride Magazine*, 2000. <www.stridemagazine.com/articles/2000/q1/information age/>.

———, Professeure, Université de Waterloo, Department of Health Studies and Gerentology, et directrice, Recherche, Homewood Health Centre, Communication personnelle, 2003.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada*, 2002.

———. *Les dispensateurs de soins au Canada*, 2001. <http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_35_F>.

———. *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada*, 2002. <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_28_E&cw_topic=28>.

INSTITUTE OF MEDICINE. Board on Health Care Services. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, 2004. <www.nap.edu/books/0309090679/html/185.html>.

JOSEPH, G. « Reaching and Teaching Women on the Web: The Challenge of Barriers and Bottom Lines », *Revue canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes*, 1999, 25(1) (printemps).

KANE, D. « Job Sharing: A Retention Strategy for Nurses », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 1999, 12(4) (nov.-déc.).

KASSNER, E. *In Brief: Long Term Care Workers in Five Countries: Issues and Options*, 2004. <http://www.aarp.org/research/intl/comparisons/aresearch-import-905-INB86.html>.

KEATING, N. et Munro, B. « Farm Women/Farm Work. » *Sex Roles*, 1988, 19(3/4).

LASCHINGER, H.K.S., SABISTON, J.A., FINEGAN, J. et SHAMIAN, J. « Voices from the Trenches: Nurses' Experiences of Hospital Restructuring in Ontario », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 2001, 14(1).

L'ASSOCIATION DES COMPTABLES GÉNÉRAUX ACCRÉDITÉS DU CANADA. *Savoir vieillir : Implications sociales et économiques du vieillissement de la population*, 2005.

LEACH, B. « Transforming Rural Livelihoods: Gender, Work and Restructuring in Three Ontario Communities », NEYSMITH, S.M. dir. *Restructuring Caring Labour: Discourse, State Practice and Everyday Life*, Toronto, Oxford University Press, 1999.

LEACH, B. et WINSON, A.R. « Rural Retreat: The Social Impact of Restructuring in Three Ontario Communities », KNIGHT, D.B. et JOSEPH, A.E., dir. *Restructuring Societies*, Ottawa, Carleton University Press, 1999.

MACKENZIE, F. « Is Where I Stand Where I Sit? The Ontario Farm Women's Network, Politics and Difference », *Journal of Rural Studies*, 1995, 10(2).

MACLACHLAN, I. *Kill and Chill: Restructuring Canada's Beef Commodity Chain*, Toronto, University of Toronto Press, 2001.

MACLEOD, M., KULIG, J., STEWART, N. et PITBLADO, J.R. *Final Report to Canadian Health Services Research Foundation. The Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada*, 2004. <www.ruralnursing.unbc.ca>.

MANITOBA. Santé Manitoba. *Plan d'action manitobain : Pour un meilleur système de santé*, Winnipeg, 1992.

MANITOBA. Santé Manitoba. *Rapport annuel 2003-2004*, Winnipeg, 2004. www.gov.mb.ca/health/ann/200304/ annrpt0304.pdf.

———.*Core Health Services in Manitoba*, 1997. <http://www.gov.mb.ca/health/rha/core.pdf>.

———. *The Role of the Public Health Nurse within the Regional Health Authority*, Winnipeg, Manitoba, 1998.

———. *Manitoba Population Report*, Winnipeg, Decision Support Services, 2000.

———. *Manitoba Health Population Report*, 2003a.

———. *Manitoba Health Annual Statistics 2002-2003*, 2003b.

MANITOBA NURSES' UNION. *Report on Long-Term Care*, 2000. <http://www.nursesunion.mb.ca/ long%20term%20care%20rpt/ltc_vpts_survey.htm>.

MARSHALL, V.W. *Canadian Research on Older Workers*. Communication préparée pour un symposium, Problems of Older Workers, à la conférence de l'Association internationale de gérontologie, Vancouver, C.-B.

MARTENS, P., FRANSOO, R., BURLAND, E., JEBAMANI, L., BURCHILL, C., BLACK, C., DIK, N., MACWILLIAMS, L., DERKSEN, S., WALLD, R., STEINBACH, C. et DAHL, M. *The Manitoba RHA Indicators Atlas: Population-Based Comparisons of Health and Health Care Use*, Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba, 2003.

MARTIN-MATTHEWS, A. *Les Familles vieillissantes et les liens intergénérationnels*, Institut Vanier de la famille, 2001.

MARTZ, D. et BRUECKNER, I. *The Canadian Farm Family at Work: Exploring Gender and Generation*. Centre for Rural Studies and Enrichment, Université de la Saskatchewan et Syndicat national des cultivateurs, 2003. <http://www.nfu.ca/epff/documents/The_Canadian_Farm_ Family_at_Work.pdf>.

MILLBANK MEMORIAL FUND. *Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries*, 2003. <http://www.milbank.org/reports/ interRAI/030222interRAI.html>.

MORGAN, D.G., SEMCHUK, K.M., STEWART, N.J. et D'ARCY, C. « Job Strain among Staff of Rural Nursing Homes: A Comparison of Nurses, Aides and Activity Workers », *Journal of Nursing Administration*, 2002, 32(3).

MORGAN, D.G., STEWART, N.J., D'ARCY, K.C. et WEREZAK, L.J. « Evaluating Rural Nursing Home Environments: Dementia Special Care Units Versus Integrated Facilities », *Aging & Mental Health*, 2002, 8(3).

MYKHALOVSKIY, E. et MCCOY, L. « Troubling Ruling Discourses of Health: Using Institutional Ethnography in Community-Based Research », *Critical Public Health*, 2002, 12(1), p. 17-37.

NINR (National Institute for Nursing Research). *Priority Expert Panel E: Nursing Informatics*, National Center for Nursing Research conjointement avec l'élaboration du National Nursing Research Agenda, 1993. < http://ninr.nih.gov/ninr/research/vol4/ Contents.html>.

NOUVELLE-ÉCOSSE. Legislative Assembly. Official report of debates (Hansard), deuxième session, jeudi 29 mars 2001. <http://www.gov.ns.ca/ legislature/hansard/han58-2/h01mar29.htm>.

NOVAK, M. et CHAPPELL, N.L. « The Impact of Cognitively Impaired Patients and Shift on Nursing Assistant Stress », *International Journal of Aging and Human Development*, 1996, 43(3).

O'BRIEN-PALLAS, L., ALKSNIS, C. et WANG, S. *Envisager l'avenir : Prévoir la retraite chez les IA au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé, 2003a.

O'BRIEN-PALLAS, L., ALKSNIS, C., WANG, S., BIRCH, S., MURPHY, G. Tomblin, ROY, F.A. et Sajan, P. « Early Retirement among RNs: Estimating the Size of the Problem in Canada », *Longwoods Review*, 2003b, 1(4).

Ontario Health Coalition. *Patient Classification and Funding in Chronic Care Hospitals and Long Term Care Facilities Health Facts*, 2000. <http://www.web.net/ohc/docs/Chronic_Funding.htm>.

———.*Ownership Matters: Lessons from Ontario's Long-Term Care Facilities*. Hospital Employees Union (C.-B.), 2002. <http://www.web.net/~ohc/docs/may2702.htm>.

———. *November Backgrounder: Local Health Integration Networks (LHINs)*, 2004.

ONTARIO, Assemblée législative de l'Ontario. *Journal des débats (Hansard)*, jeudi 27 février 2003, Comité permanent des comptes publics 2002, Vérificateur provincial, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Rapport annuel 2002*, P-15. <http://www.ontla.on.ca/french/hansard/committee_debates/35_parl/session1/socdev/s019.htm>.

———. *Journal des débats (Hansard)*, jeudi 27 février 2003. <www.ontla.on.ca/hansard/committee_debates/37_parl/Session3/accounts/P015.htm#P79_3229>.

ONTARIO, MSSLD (ministère de la Santé et des Soins de longue durée). *2000 Levels of Care Classification Nursing Home Specific Report*, janvier 2001.

———. *Édifier des collectivités rurales fortes — Document de consultation*, 2004. <http://www.omafra.gov.on.ca/french/rural/rural_plan/rural_plan_cslt.htm>.

———. *Seniors' Care: Long-Term Care Homes*, 2005. <http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/ltcf/15_facilitiesf.html ».

PAYNE, B.J., GRANT, K.R., CHRISTIAN, C. et GREGORY, D.M. « Les limites se brouillent : les soins donnés Par les femmes et la réforme du système de santé au Manitoba », *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, volume 3, numéro 1, 2002, 3(1).

PONG, R.W. et Russell, N. *A Review and Synthesis of Strategies and Policy Recommendations on the Rural Health Workforce*, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne, 2003.

POPALENI, K. « Shouldering the Burden for Canada Post: Privatization's Impact on Rural Women », *Resources for Feminist Research*, 1989, 17(2).

PREIBISCH, K. et SANTAMARIA, L.M. Hermoso. « Engendering Labour Migration: The Case of Foreign Workers in Canadian Agriculture », TASTSOGLOU, E. et DOBROWOLSKY, A. Dir. *Women, Migration and Citizenship: Making Local, National and Transnational Connections*, London, Ashgate Press, à venir.

PRICEWATERHOUSE COOPERS. *Report of a Study to Review Levels of Service and Responses to Need in a Sample of Ontario Long Term Care Facilities and Selected Comparators*, Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors et Ontario Long Term Care Association, 2001.

RAMSEY, D. et EVERITT, J. « Post-Crow Farming in Manitoba: An Analysis of the Wheat and Hog Sectors », EPP, R. Whitson et EPP, D. Whitson *Writing Off the Rural West: Globalization, Governments and the Transformation of Rural Communities*, Edmonton, University of Alberta Press, 2001.

RANKIN, J. « Texts in Action: How Nurses Are Doing the Fiscal Work of Health Care Reform », *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 2001, p. 7.

REDCLIFT, N. et WHATMORE, S. « Household, Consumption and Livelihood: Ideologies and Issues in Rural Research », WHATMORE, Lowe, S. et MARSDEN, T. P. *Rural*

Restructuring: Global Processes and Their Responses, London, David Fulton, 1990, p. 182-197.

RPNAO (Registered Practical Nurses Association of Ontario). *Call to Action: Proposed Changes to the Initiation Regulation*, 2002. <http://www2.rpnao.org/files/professional/InitiationRegulationCalltoAction.pdf>.

ROOS, N., MITCHELL, L., PETERSON, S. et SHAPIRO, E. *Perspectives on Home Care Data Requirements*, Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba, 2001a. <www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/homecare_datareq.pdf>.

ROOS, N.P., STRANC, L., PETERSON, S., MITCHELL, L., BOGDANOVICH, B. et SHAPIRO, E. *A Look At Home Care in Manitoba*, Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba, 2001b.

RYAN, L. *Rapport annuel au Comité de coordination des services agricoles de l'Ontario*, Comité de coordination des services agricoles, ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation de l'Ontario, 2004.

SCFP (Syndicat canadien de la fonction publique). *For the Love of It: Long-Term Care Issues in Manitoba. Report on the 1st Long-Term Care Conference in Manitoba*, 16 mars 2000. <http://www.cupe.mb.ca/issues/nursing_homes_report.htm>.

———. *Resident-Staff Ratios in Long Term Care*, 2001.

SKILLEN, D.L., HEATHER, B. et YOUNG, J. *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health, and Restructuring*, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, 2002. <http://www.yorku.ca/nnewh/english/pubs/32.pdf>.

SKY, L. *Lean and Mean Health Care: The Creation of the Generic Worker and the Deregulation of Health Care*, Health Research Project Working Paper Series 95-3, Fédération du travail de l'Ontario (OFL), 1995.

SMITH, D.E. *The Everyday World as Problematic*, Toronto, University of Toronto Press, 1987.

———.« Sociology for the Twenty-First Century », SMITH, D.E., dir. *Women's Standpoint to a Sociology for People*, 1999, chap. 4, p. 65-82,

———. « Institutional Ethnography. » MAY, Tim, dir. *Qualitative Research in Action*, London, Sage, 2002a, p. 17-52.

———.« Texts and the Ontology of Organizations and Institutions », *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 2002b, 7(2), p. 159-198.

SMITH, M. *Engagement en matière de soins : planification des soins à long terme en Ontario*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004.

SOUSA, J.P. Bola et LEACH, B. « "Going Country": The Automotive Parts Industry in Rural Southwestern Ontario », YATES, C. et ROBERTS, C., dir.*The Global Auto*, 2005.

STRATTON, T., DUNKIN, T., JUHL, N. et Geller, J. « Retainment Incentives in Three Rural Practice Settings: Variations in Job Satisfaction among Staff Registered Nurses », *Applied Nursing Research*, 1995, 8(2).

STRUTHERS, J. « Reluctant Partners: State Regulation of Private Nursing Homes in Ontario 1941-72 », BLAKE, R.B. Beydon, BLAKE, P.E. Beydon et STRAIN, J.F., dir. *The Welfare State in Canada: Past, Present and Future*, Concord, Irwin Publishing, 1997.

SUMNER, J. *Sustainability and Rural Communities in the Age of Globalization: Can We Learn Our Way Out?* Thèse de doctorat, Université de Guelph, 2002.

TEATHER, E.K. « The Double Bind: Being Female and Being Rural: A Comparative Study of Australia, New Zealand and Canada », *Rural Society*, 1998, 8(3).

THOMSON, D., DUNLEAVY, J. et BRUCE, S. *Nurse Job Satisfaction – Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace*, Ottawa, Ontario, rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Ottawa, Ontario, 2002.

TOMIAK, M., BERTHELOT, J., GUIMOND, E. et MUSTARD, C.A. « Factors Associated with Nursing-Home Entry for Elders in Manitoba, Canada », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 2000, 55A(5).

TORONTO, Vile de. 2001. <http://www.city.toronto.on.ca/legdocs/2001/agendas/committees/cms/cms010911/it015.pdf>.

TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES CANADIEN(NE)S DE L'AUTOMOBILE. *Submission of CAW on Future Directions for Legislation Governing Long Term Care Homes to: Monique Smith, Parliamentary Assistant to the Minister of Health and Long-Term Care*, 2004.

TURNER, S.M. « Rendering the Site Developable: Texts and Government Decision Making in Land Use Planning », CAMPBELL, Marie et MANICOM, Ann, dir. *Knowledge, Experience and Ruling Relations: Studies in the Social Organization of Knowledge*, Toronto, University of Toronto Press, 1995.

———. « Texts and the Institutions of Municipal Government: The Power of Texts in the Public Process of Land Development », *Studies in Cultures and Organizations and Societies*, 2002, 7(2).

———. *Municipal Planning, Land Development and Environmental Intervention*, thèse de doctorat, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, Université de Toronto, 2003.

WHATMORE, S. « The Achievements and Challenges of European Rural Gender Studies », VAN DES PLAS, L. et FONTE, M. *Rural Gender Studies in Europe*, Assen, Van Corcum, 1994.

WILLSON, K. et HOWARD, J. *Missing Links: The Effects of Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, 2000.

WINNIPEG TECHNICAL COLLEGE. *Health Care Aide Certificate Program*, 2005.

WINSON, A.R. et LEACH, B. *Contingent Work, Disrupted Lives: Labour and Community in the New Rural Economy*, Toronto, University of Toronto Press, 2002.

YATES, C. et LEACH, B. « Industrial Work in a Post-Industrial Age », SHALLA, V. et CLEMENT, W., dir. *Work in Tumultuous Times: Critical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2005.

NOTES

[1] Sojourner Truth a prononcé ces mots au congrès des femmes à Akron, Ohio, en 1851. La citation est tirée du site Web : <http ://gos.sbc.edu/t/truth.html>.

[2] Le tarif de la Passe du Nid-de-Corbeau a été mis en oeuvre en 1897 pour réduire les tarifs-marchandises dans le cas des céréales. En vigueur durant près d'un siècle, il a favorisé une production rentable de céréales dans les provinces des Prairies et a été inhérent au développement et au maintien du paysage économique et social des régions rurales, basé sur la production des céréales.

[3] Consultez <http ://www.health.gov.on.ca/English/public/program/ltc/28_pr_glossary.html>. Consulté le 24 mars 2006.

[4] Les TCA représentent 10 000 travailleuses et travailleurs du domaine des soins de longue durée, alors que le SCFP Ontario en représente 18 000, qui sont répartis dans 187 établissements et qui s'occupent de 29 % des lits de la province (Armstrong et Daly, 2004).

[5] Ces chiffres pourraient être déterminés, car la bibliothèque des conventions collectives du ministère du Travail a été en mesure de trouver les renseignements sur la paie seulement pour les employeurs de plus de 200 employées et employés.

Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada Appel de propositions La restructuration économique du Canada rural : répercussions des politiques publiques sur les femmes des régions rurales *

Les incidences des systèmes de classification des patientes et des patients sur les dispensatrices de soins de première ligne dans les maisons de soins infirmiers des régions rurales
Belinda Leach, Bonnie Hallman, Gillian Joseph, Nichola Martin et Anita Marcotte

Soins de longue durée : les effets du système de classification des cas sur les soignantes dans les établissements ruraux
Belinda Leach et Bonnie C. Hallman

Les soins de maternité en milieu rural : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique
Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski avec Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin, Ann Pederson et Lana Sullivan

La politique agricole canadienne sous le regard des agricultrices
Carla Roppel, Annette Aurélie Desmarais et Diane Martz

Muettes et invisibles : les femmes des régions rurales dans l'industrie forestière et l'agroalimentaire en Saskatchewan
Diane Martz, Maureen Reed, Ingrid Brueckner et Suzanne Mills

La politique gouvernementale et la participation des femmes des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à la nouvelle économie
Ann Manicom, Janet Rhymes, Nan Armour et Doreen Parsons
Women's Economic Equality (WEE), en partenariat avec le projet Hypatia

* Certains de ces documents sont encore en voie d'élaboration; leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs

Vos commentaires nous sont précieux

Vos commentaires et suggestions peuvent nous aider à conserver l'utilité de nos publications. Si vous avez un moment, auriez-vous l'amabilité de compléter le questionnaire suivant et de nous le retourner. Merci.

Titre du rapport____

1. Le rapport vous était-il utile? 1 2 3 4 5
   Pas très utile *extrêmement utile*

a) Quelle partie du rapport avez-vous trouvé la plus utile?

____

____

b) Comment aurait-on pu le rendre plus utile?

____

____

____

2. Comment avez-vous utilisé le rapport? Comme outil dans :

☐ l'élaboration de politique ☐ la recherche en matière de politique ☐ le plaidoyer

☐ autre :____

3. Êtes-vous affilié(e) avec:

☐ un organisme de femmes ☐ le gouvernement fédéral

☐ un autre organisme non-gouvernemental ☐ un gouvernement provincial/territorial

☐ un gouvernement provincial/territorial ☐ un gouvernement municipal

☐ autre:____

Prière de retourner ce questionnaire par la poste ou par télécopieur à l'adresse suivante:

Condition féminine Canada
Direction de la recherche
Édifice McDonald
123,rue Slater, 10ième étage
Ottawa (Ontario)
K1P lH9

Télécopieur : (613) 995-4800